



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO

Autora: Joana Dias Pinto, N.º 2815

Mindelo, Julho de 2016

**Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.**

**A enfermagem e a promoção da qualidade de vida dos portadores de
esquizofrenia: percepção dos enfermeiros**

Discente: Joana Dias Pinto N^a 2815

Orientadora: Enfermeira Suely Reis

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho de conclusão de curso de Licenciatura em Enfermagem ao meu marido Jandir Pinto e a minha filha Yara sem o seu apoio, carinho e atenção dispensada durante este percurso não conseguiria chegar onde estou agora.

Agradecimentos

À Deus que sempre me guia.

Ao meu marido Jandir Pinto, pelo imenso apoio, meu suporte em todos os sentidos. Um obrigado para ti será sempre pouco.

À minha filha Yara Pinto, amor da minha vida pelo carinho e amor incondicional.

Ao meu pai João Dias e minha mãe Maria Dias pelo imenso carinho e apoio nos momentos difíceis, e pelo que representam para mim.

Aos meus sogros Amadeu Pinto e Joana Pinto pelo apoio, compreensão, ajuda e em especial todo o carinho durante este percurso.

Agradeço em especial a minha orientadora Enfermeira Suely Reis, pela forma como me ajudou e me fez acreditar e buscar o conhecimento, pela dedicação e interesse em satisfazer as minhas necessidades durante a elaboração do trabalho.

Ao meu irmão (Domingos) e as minhas irmãs (Givanilda, Imaculada, Zinda, Inélida) pelo carinho, amor e incentivo.

À minha querida irmã Andira Soraia que sempre acreditou em mim e sempre esteve do meu lado, sempre me apoiou acreditando que ia vencer.

À minha cunhada Marlene Pinto pela ajuda e incentivo.

Às minhas colegas de curso em especial Antonela, Carina, Izainy, pelo incentivo, disponibilidade, que aturaram nos momentos menos bons durante a elaboração do trabalho e pela amizade e partilha de experiências.

Ao meu colega e grande amigo Milton Miranda que sempre me apoiou e estimulou em seguir em frente, pela confiança em mim depositada fazendo-me acreditar que era possível chegar até o fim com sucesso.

Agradeço em especial a enfermeira Suzilene Rocha pela amizade apoio, carinho e disponibilidade.

Aos enfermeiros da psiquiatria pelas informações, disponibilidade e atenção.

Aos profissionais que trabalham no Centro do Acolhimento do Doente Mental pelas informações disponibilizadas.

À todos um muito Obrigado!

EPÍGRAFE

O pesadelo da esquizofrenia não é saber o que é verdadeiro. Imagine de repente descobrir que as pessoas, os lugares e os momentos mais importantes para você não se foram nem morreram, mais o pior, nunca aconteceram...

Excerto do filme “Uma mente Brilhante”

(Russel Crowe)

Índice

Introdução	1
Justificativa e Problemática	3
CAPITULO I – FASE CONCEPTUAL.....	8
1.1. Breve perspectiva histórica da doença e saúde mental.....	9
1.1.1. Conceitos de saúde e doença mental	10
1.1.2. Saúde Mental.....	12
1.1.3. Doença Mental	12
1.1.4. Tipos de Doenças Mentais	14
1.2. Conceitos e evolução da Esquizofrenia	15
1.2.1. Esquizofrenia	16
1.2.2. Causas da esquizofrenia	17
1.2.3. Sintomatologia da esquizofrenia	18
1.2.4. Fases da esquizofrenia.....	19
1.2.5. Subtipos da esquizofrenia.....	20
1.3. Diagnóstico da esquizofrenia	21
1.3.1. Tratamento da esquizofrenia.....	21
1.3.2. Implicações sociais e Qualidade de Vida nos portadores de esquizofrenia.....	22
1.4. A família com um membro esquizofrénico	24
1.5. Funções do enfermeiro	26
1.5.1. Assistência de enfermagem aos portadores de esquizofrenia	27
1.5.2. Prevenção e Promoção da Saúde Mental	28
1.5.3. Diagnóstico de Enfermagem a comportamentos associados a perturbações psicóticas.....	31
CAPITULO II – FASE METODOLOGICA.....	35
2.1. Fundamentação metodológica	36
2.1.1. Tipo de metodologia	36
2.1.2. Instrumento de recolha de dados	37
2.1.3. Caracterização do campo empírico.....	38
2.1.4. População alvo e amostra	39
2.2. Questões éticas de investigação	40
CAPITULO III – FASE EMPIRICA	41

3.1. Apresentação e análise dos dados.....	42
3.1.1. Caracterização dos entrevistados	42
3.1.2. Apresentação do conteúdo das entrevistas.....	43
3.1.3. Conclusão dos resultados.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
APÊNDICE I.....	62
APÊNDICE II.....	63
APÊNDICE III	64
APÊNDICE IV	65
APÊNDICE V	67

Índice Tabela

Tabela 1 - Dados da amostra dos enfermeiros	42
Tabela 2 - Dados da amostra dos Profissionais do CADM.....	43

RESUMO

A Esquizofrenia é uma doença crónica que afeta aproximadamente 1% da população mundial sendo uma das doenças mais incapacitantes da psiquiatria com um maior efeito nos indivíduos e nas suas famílias com influencia negativa sobre a qualidade de vida dos mesmos. O enfermeiro na assistência ao utente portador de esquizofrenia tem a função de ajudar a minimizar os sintomas e a prevenir as recaídas ajudando a ter uma vida mais adaptada a patologia, contribuindo assim, para uma melhor qualidade de vida do utente bem como das suas famílias.

Neste estudo delineou-se como objetivo geral, identificar qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia. Para o estudo da temática optou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório com uma abordagem fenomenológica, sendo que o método de recolha de informações foi a entrevista. O público-alvo deste estudo foi constituído por dez (10) profissionais que trabalham na área de saúde mental, sendo cinco (5) enfermeiros e 5 (cinco) profissionais do Centro de Acolhimento do Doente Mental (CADM).

Os resultados deste estudo comprovam a devida importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do portador de esquizofrenia, embora constatou-se uma falta de motivação por parte dos profissionais, uma vez que nos seus discursos realçam um certo esquecimento/abandono por parte das entidades competentes, visto que estes não dão a devida importância do que se trata numa enfermária de crise. Nota-se ainda, que essa dificuldade em implementar os cuidados de enfermagem é também influenciada pelo fato dos enfermeiros não serem inteiramente capacitados para lidar com os portadores da esquizofrenia, devido as características dessa doença mental.

Palavras-Chave: Esquizofrenia, Portadores de Esquizofrenia, Intervenções de Enfermagem, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic disease which affects approximately 1% of the world population and, once it is one of the most disabling diseases of psychiatry with higher effect on individuals and in their families so, it is enhancing that it has a negative on their life quality.

The treatment of this illness requires medication that, when used regularly according to the medical prescription helps to minimize and control the symptoms of the disease. The nurse helps the person sic with schizophrenia minimize the symptoms and prevent relapses helping that the person has a lifestyle more adapted to the pathology and, contributing to a better life quality of the person as well as his / her relatives.

In this study, it was stated as goal to identify what is the perception of the health professionals about the importance of the nurse in the promotion of life quality to the schizophrenia holders. To study the topic, it was chosen a qualitative, descriptive and exploratory study with a phenomenological approach. The data were gathered through means of interview. The target-people of this study was constituted by ten (10) professionals that work in the mental health area, five (5) nurses and five (5) professionals of the Reception Center for the Mentally Ill (RCMI).

The results of the study show the real importance of the nurse in the promotion of life quality of the schizophrenia holder, although it was proved that the professionals from the center showed lack of motivation, once in their speeches is perceptible a certain forgetfulness / abandon by the authorities, once they don't give the necessary importance to what is deat with in a crisis ward. Also it is perceptible that this difficulty to implement the nursing care, is also influenced by the fact that the nurses are not fully capacitated to deal with the schizophrenia holders due to characteristics of this mental disease.

Key-Words: Schizophrenia, Schizophrenia holders, Nursing interventions, Life Quality

LISTA DE SIGLAS

APA: American Psychiatric Association

CADM: Centro de Acolhimento de Doente Mental

CTO: Centro Terapia Ocupacional

OMS: Organização Mundial de Saúde

QDV: Qualidade de vida

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NIC- Classificações das Intervenções de Enfermagem

CID 10- Classificação de transtornos Mentais e do comportamento

DSM- IV-Manual classificação das doenças

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo. Trata-se de uma monografia que visa a capacitação para a investigação em enfermagem e constitui o pré-requisito para a conclusão do curso.

O tema eleito para esta pesquisa é “a enfermagem e a promoção da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia: percepção dos enfermeiros”. O interesse pelo estudo desta temática surgiu no decorrer dos ensinamentos clínicos, despertando um desejo em aprofundar o conhecimento sobre essa temática, visto que é uma doença que afeta 1% da população em geral.

A esquizofrenia é conhecida como uma das mais graves doenças mentais, pelo seu carácter crónico, evolutivo e incapacitante. Face a essa problemática, faz-se necessário entender a doença em si, as causas que acometem este transtorno tão estigmatizante. Consideramos este estudo pertinente pois, para além de aprofundar o conhecimento contribui também para sensibilizar os profissionais de saúde sobre esta temática uma vez que, em Cabo Verde ainda é pouco explorado.

No que se refere a estrutura é de referir que o trabalho encontra-se estruturado em três capítulos, para o melhor entendimento do tema em estudo. Antes de entrar no primeiro capítulo fez-se uma nota introdutória, que corresponde a uma breve apresentação do tema, a justificação e a motivação para o seu desenvolvimento, a formulação da pergunta de partida e a definição dos objetivos.

O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, onde faz-se a apresentação dos principais conceitos inerentes ao tema. No segundo capítulo encontrar-se-á a fase metodológica, que serviu de base para a elaboração da parte empírica da pesquisa, debruçando-se sobre o tipo de estudo, o método de recolha de dados, a população-alvo e os procedimentos éticos adotados.

O terceiro e último capítulo trata-se da fase empírica, dando ênfase detalhada da apresentação e análise dos resultados do estudo. O percurso efetuado nesta investigação termina com as considerações finais do presente trabalho, a apresentação das referências bibliográficas consultadas, os apêndices utilizados como ferramenta para a elaboração deste

trabalho, bem como os anexos considerados importantes para uma melhor compreensão da investigação.

Para a elaboração do trabalho seguiu-se as normas de redação do trabalho científico da Universidade do Minho e é regido de acordo com o novo acordo ortográfico.

Justificativa e Problemática

A escolha da temática deste trabalho de investigação vai de encontro com o interesse pessoal, as vivências académicas, bem como pela curiosidade suscitada durante os ensinamentos clínicos realizados no Centro de Acolhimento de Doente Mental (CADM).

Durante os ensinamentos clínicos pode-se constatar que existe um grande número de portadores de doença mental institucionalizados em São Vicente, quer no CADM, como no Centro Terapia Ocupacional (CTO), suscitando a necessidade de reflectir e repensar sobre a assistência de enfermagem prestada aos utentes portadores de doença mental no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Cada vez mais nota-se uma preocupação constante com a melhoria da assistência aos utentes portadores de doença mental na nossa sociedade, pelo que acredita-se que este estudo poderá contribuir esta reflexão, na medida em que, poderá responder a várias questões que emergem quando abordamos a temática.

Um dos aspectos pertinentes que também contribuiu para a escolha deste tema é aprofundar os conhecimentos sobre o mesmo, como forma de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem que repercutirá directamente na melhoria da qualidade de vida dos portadores de doença mental.

Assim sendo, a necessidade de um enfermeiro devidamente preparado e capacitado para assistir o utente com doença mental, é extremamente importante quando se pretende promover a qualidade de vida do utente portador de doença mental, disponibilizando informações e dialogando com os utentes, diminuindo os diversos tipos de sobrecarga nos cuidados, servindo como aliado ao utente no sentido de ajudá-lo a recuperar a sua posição social.

Desta forma, este estudo denota uma grande relevância, pois, além de trazer destaques a situações vividas pelo portador de doença mental, pretende mostrar o contributo da enfermagem na promoção da qualidade de vida dos mesmos.

Sendo assim, entende-se ser pertinente realizar um estudo que chame atenção para esta problemática no sentido de reverter as situações vivenciadas durante o decorrer do ensino clínico. É importante realçar que o cuidado é a essência da enfermagem, logo o enfermeiro é essencial nos processos de cuidados de saúde o que ganha uma ênfase especial quando o utente é portador de doença mental. Pois, neste contexto o enfermeiro

tem um papel crucial e torna ainda mais relevante quando se trata dos utentes portadores de doença mental, visto que, é um problema que tem vindo a aumentar cada vez mais, tornando uma preocupação para os profissionais saúde a nível mundial.

A doença mental é um fenómeno de saúde que não deveria ser negligenciado, visto que representa a quinta causa da morbilidade no mundo prevendo-se que até o ano 2020 haverá um aumento significativo devido aos distúrbios e comportamentos, visto que estes problemas têm repercussões claras em termos de custos sociais e económicos, modificando a qualidade de vida do utente, da pessoa que se cuida bem como das famílias (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2010).

Denota-se que em Cabo Verde, há uma necessidade de se informar a população em geral sobre as doenças mentais e em particular a esquizofrenia. A informação sobre os cuidados que devem ser prestados a um portador da doença deve ser divulgada para que a família e a sociedade se libertem dos mitos e estigmas associados à doença. Esses mitos e estigmas são decorrentes da própria história da loucura um pouco pelo mundo ocidental, o que leva muitas vezes a marginalização e discriminação da pessoa portadora de doença mental.

De todas as doenças mentais existentes em Cabo Verde a esquizofrenia é o que tem maior prevalência actualmente, sendo que nos últimos 05 anos houve um acréscimo no índice dessa patologia (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2010).

A esquizofrenia é uma das principais causas da doença mental, atinge cerca de 1% da população mundial, geralmente manifesta-se na adolescência ou início da idade adulta. É uma condição heterogénea que tem causas e respostas variáveis, além de atingir diversos aspectos da vida do utente (Associação de Promoção da Saúde Mental, 2014).

De acordo com o levantamento epidemiológico efetuado constata-se que a esquizofrenia é uma patologia com uma frequência na população mundial de um para cada 100 pessoas, havendo cerca de 40 casos novos para cada cem mil habitantes por ano. No Brasil estima-se que existem cerca de 1,6 milhões de portadores de esquizofrenia, a cada ano cerca de 50 mil pessoas manifestam a doença pela primeira vez, ela atinge em igual proporção nos homens e mulheres, em geral inicia-se mais cedo nos homens, por volta dos 20 a 25 anos de idade, e na mulher, por volta dos 25 a 30 anos (Louzã, 2005).

Relativamente aos E.UA, a prevalência da patologia no decorrer da vida é de cerca de 1%, embora os sintomas aparecem no fim da adolescência e início da idade adulta

(Towsend, 2011). Quanto a Portugal a prevalência desta patologia esta entre 0,6 e 1% afetando 60 mil a 100 mil pessoas (Pacheco, 2006).

Relativamente a Cabo Verde um levantamento estatístico de um estudo epidemiológico dos transtornos mentais feito nos anos 1988 e 1989 pelo plano de saúde apontou para as perturbações da saúde mental, uma prevalência de 4.3 por 1000 habitantes, sobretudo entre a população de 21 a 40 anos configurando-se como um problema de saúde pública. Mas se sabe que de entre os quadros clínicos da saúde mental a esquizofrenia é a patologia com maior prevalência a nível mundial. (Ministério de Saúde de Cabo Verde, 2010).

Em determinados casos encarar os sintomas da esquizofrenia pode ser especialmente difícil para os membros da família, que se recordam de como a pessoa era activa e dinâmica antes de ficar doente. Devido às características próprias que a doença apresenta, para além de afectar a pessoa, também afeta os familiares, provocando grandes mudanças.

Em complemento Oliveira, et al (2010) partilham a ideia de que as preocupações acerca dos utentes portadores de esquizofrenia fazem parte das mudanças que vêm surgindo a cerca do conceito da doença mental e a assistência na área, pois o foco principal não reside apenas no aspeto biológico, mas também nos aspetos psicológicos e sociais dos utentes portadores de esquizofrenia e das suas famílias.

Segundo Towsend, (2011) tratar os utentes portadores de esquizofrenia envolve vários esforços e uma abordagem de uma equipa multidisciplinar. Nota-se que, a apreciação dos utentes pode ser um processo complexo baseado em informações reunidas de várias fontes, e quando ocorre o episódio os utentes não conseguem dar uma contribuição significativa para a sua história.

Sendo assim, o cuidado de enfermagem tem sido compreendido comumente como um conjunto de técnicas e procedimento, uma vez que a enfermagem é uma área de conhecimento reconhecido pelo seu aspecto pratico. Entretanto, não é possível cuidar sem considerar a natureza física, social, psicológica e espiritual da pessoa (Paes et al 2010).

Na mesma linha de pensamento Gomes et al (2010) “acrescenta que o enfermeiro é um profissional indispensável no tratamento e recuperação dos utentes com transtornos mentais, pois é o mais habilitado no que se refere ao cuidado, Neste sentido o cuidado é um elemento crucial na transformação do modo de vida e de como reagir ao sofrimento

tanto do utente como da família instruindo-os como viver melhor trabalhando seus sentimentos”.

O mesmo autor complementa que a assistência de enfermagem á família de pessoas com transtornos mentais também é fundamental, de forma a que os familiares saibam como lidar com o processo de doença, tratamento e cura, auxiliando e apoiando o utente no processo de reintegração social, assim, faz-se constatar que há muito por fazer, enquanto o enfermeiro para ajudar o utente na sua reabilitação e reintegração social (Gomes et al 2010)

Devido as várias dificuldades e constrangimentos vivenciados nomeadamente em São Vicente tanto ao nível de recursos económicos e humanos são poucas as intervenções feitas aos portadores de doença mental no que diz respeito, a um cuidado sistematizado dos mesmos, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos utentes internados no hospital quer os internos do CADM como os do CTO. Sendo assim, o enfermeiro é um profissional indispensável no tratamento e recuperação dos utentes com transtornos mentais, pois é o mais habilitado no que se refere ao cuidado.

Nos outros casos, o impacto económico em famílias de pessoas com esquizofrenia implica o surgimento de um custo adicional para os familiares, representado pela carga das oportunidades perdidas, de emprego, de lazer de descanso, das consultas e também dos medicamentos (Campos, et al 2005).

Em 2009, foi criado o CADM de São Vicente, para acolher pessoas portadoras de doença mental, onde há uma predominância de esquizofrénicos, que viviam nas ruas da cidade sem nenhum tipo de apoio. Com a criação desta instituição nota-se alguma melhoria na qualidade de vida desses utentes, pois passaram a ter uma maior satisfação de algumas das suas necessidades básicas nomeadamente alimentação, higiene e incluindo a própria seguranças.

Contudo nota-se que a inexistência de uma equipe multidisciplinar, a sobrelotação do espaço bem como a falta de recursos económicos são alguns dos aspectos que tem vindo a influenciar a promoção da qualidade de vida dos utentes institucionalizados no centro.

Neste momento alberga quarenta e nove (49) utentes sendo quarenta e seis (46) de regime interno e três (3) de regime externo. Doze (12) destes utentes são do sexo feminino e trinta e cinco (35) do sexo masculino. De entre estes utentes vinte e nove (29)

têm a patologia de esquizofrenia, dentre os quais três (3) têm esquizofrenia residual e uma (1) esquizofrenia paranóide.

Uma outra preocupação no funcionamento do centro que está diretamente relacionado com a qualidade de vida dos utentes é a falta de proximidade de alguns destes utentes com seus familiares, segundo Nazi et al, (2004) "a família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para os utentes mentais, e neste caso, os esquizofrénicos, ela possui especial importância, pelo fato desses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitam de cuidados e acompanhamentos dos membros do grupo familiar".

É nesse cenário que surge o presente trabalho com o objectivo de identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância do enfermeiro na promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

Os objectivos específicos:

- Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância do enfermeiro na promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia;
- Identificar as intervenções de enfermagem na promoção e qualidade vida dos portadores de esquizofrenia;
- Identificar os (s) fatores (s) que dificultam a promoção da qualidade de vida nos portadores de esquizofrenia.

CAPITULO I – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual é importante em toda a conceptualização do processo de investigação de forma a mostrar informações disponíveis na literatura e de definir conceitos sobre o problema de investigação. Neste contexto Fortin (1999) refere que “este capítulo é um processo que consiste em fazer um inventário e o exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação.”

Nota-se que a revisão da literatura representa uma etapa fundamental de um trabalho científico, visto que é a fase em que o investigador recolhe e define conceitos e teorias que fundamentam a importância do desenvolvimento da temática.

Sendo assim, após uma pesquisa e uma selecção de informações, procede-se à construção de uma matriz teórica, na qual irão ser definidos os conceitos chaves, que por suas vezes, constituem o suporte para o desenvolvimento do trabalho. Os principais conceitos são: Esquizofrenia, Portadores de Esquizofrenia, Intervenções de Enfermagem, Qualidade de Vida.

1.1. Breve perspectiva histórica da doença e saúde mental

O preconceito que existe sobre a doença mental faz com que os Direitos da pessoa portadora de transtorno mental seja afastado socialmente, nomeadamente no acesso aos cuidados especiais conforme às suas necessidades, ser tratado sem discriminação, com um carácter holístico e respeito em qualquer fase que se encontra, colaborar pela inserção dessas pessoas nas famílias, bem como no trabalho e nas comunidades.

Spadini e Sousa (2006) realçam que atualmente é notável que a doença mental é explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais e que carece de assistência adequada, com a o intuito de promover a reintegração social e de apoio adequado para este e para a família. A inclusão do utente na sociedade ainda é difícil, pois a doença mental em alguns casos, é vista como infratora de normas sociais, considerada uma desordem, é pouco aceite e portanto discriminada pela sociedade.

A história da doença mental é descrita desde os primórdios, onde os doentes eram abandonados à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataques de animais, e que muitas explicações sobrenaturais eram dadas para a doença mental, onde “tratavam” o utente com métodos mágicos e religiosos, recorrendo a formas de tratamento purgativos e sangrias; e eram excluídos da sociedade e a maioria morria por falta de cuidados. Spadini e

Sousa, 2006). No século XVI e século XIX os doentes mentais eram isolados em asilos, conventos e albergues. Com a Idade Média nota-se uma considerável regressão no conceito de doença mental. Ao invés de doença mental fala-se em possessão demoníaca que era expressão dos espíritos maléficos que ocupavam a alma racional. Deste modo, o doente mental e o seu tratamento voltam a ser encarados do ponto de vista mágico-religioso (Gil, 2010).

De acordo com Foucault (1987) citado por (Barbosa 2010), até ao final da idade média os leprosos eram as principais vítimas da exclusão e marginalização social devido às características da doença. Entretanto, após a abolição da lepra, as atitudes de exclusão e estigmatização foram transferidas para a população com doença mental.

No entender de Rocha e Noll (2002) antigamente os portadores de doenças mentais, eram denominados “loucos” eram considerados como um atraso na sociedade e no seio familiar, onde eram confinados em manicómios, somatórios ou hospícios as pessoas não compreendia, que os utentes precisavam de tratamento especializados como amor, carinho, respeito e liberdade.

Segundo Vietta e Diniz (2009), no século XVIII os doentes mentais foram libertados das correntes pelo considerado o pai da psiquiatria, Phillippe Pinel. Nesta época os asilos foram substituídos, então, pelos manicómios que seriam destinados somente aos doentes mentais. Desenvolveu-se assim, várias experiências e formas de tratamento nos hospitais La Bicêtre e Salpêtrière que se difundiram da França para o resto da Europa. Pinel veio oferecer aos doentes mentais um tratamento moral, que consistia em proporcionar melhores condições de vida, ou seja, procedimento mais humanizado, diminuindo o sofrimento, sugerindo um tratamento psicológico de modo a avigorar o intelecto, para os portadores de doenças mentais.

1.1.1. Conceitos de saúde e doença mental

A evolução da história da doença mental evoluiu com o decorrer dos anos, houve várias mudanças e intervenções nomeadamente com o aparecimento dos medicamentos. No entanto, ainda as pessoas portadoras de doenças mentais são vistas com muito distanciamento nas sociedades acabando por criar barreiras e expectativas negativas para o futuro.

As questões relacionadas com a saúde mental e a doença mental são complexas porque afectam as pessoas como um todo, na sua individualidade, na sua relação com os outros e o meio envolvente.

De acordo que Townsend, (2011) o conceito de saúde mental e de doença mental tem as suas bases nas crenças culturais que vai de encontro ao comportamento de cada sociedade. Onde varias culturas tornam-se liberais na variedade de comportamento que é considerada aceitáveis, enquanto noutras têm uma tolerância muito baixa devido ao comportamento que desvia as normas culturais

Ainda, o mesmo autor refere que alguns teóricos tentaram definir o conceito de saúde mental e muitos destes conceitos tratam de vários aspectos do funcionamento individual. Das várias tentativas percebe-se que é difícil definir um conceito universal de doença mental devido aos factores culturais, ambientais e socioeconómico que influenciam esta definição. No entanto, existem determinados elementos associados com a percepção das pessoas de doença mental, independentemente da origem cultural (Townsend, 2011).

Na mesma linha de pensamento spadini e Sousa (2004) acrescentam que:

“a doença mental até hoje parece obscura perante a medicina, ou seja, não há uma causa que realmente explique esta doença tao estigmatizado. No entanto, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois em geral são apresentados pelos indivíduos que adoecem comportamentos fora daqueles normalmente aceites pela sociedade. Assim não sendo entendido pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, tem a sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por factores biológicos.”

Nesta ótica pode-se constatar que a doença mental é um fenómeno complexo porque está relacionado com a pessoa no seu todo, afecta a sua personalidade e o seu modo de se relacionar com os outros. Por essa razão o modelo "biopsicossocial" é o melhor que permite explicar os diversos factores que intervêm no aparecimento da doença mental (biológicos, psicológicos e sociais). Os factores sociais têm um peso amplamente reconhecido quanto à evolução das doenças, como nos métodos de intervenção que têm como objectivo a melhoria da qualidade de vida do utente e não apenas o desaparecimento dos sintomas.

Complementando, Marco (2006) refere que, o modelo biopsicossocial oferece uma visão global do ser e do adoecer que compreende as dimensões físicas, psicológicas e social que quando integrado ao modelo médico coloca a necessidade de que o profissional, além da aprendizagem e evolução das habilidades técnicas instrumentais permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetivo.

1.1.2. Saúde Mental

Em cada sociedade existe uma concepção do significado saúde-doença e, o da doença mental não foge à regra. Portanto, não é de estranhar que em algumas sociedades, comportamentos fora do padrão moral e dos valores da sociedade são vistos como desvio ou perturbação mental. Esta forma de entender conceitos de saúde/doença leva à uma consequente exclusão e privação da pessoa do seu convívio social.

Para compreender o conceito de saúde mental é importante esclarecer o conceito de saúde que, segundo a (OMS, 2001) trata-se de um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência da doença.

A definição dada pela Organização Mundial da Saúde leva-nos a perceber a saúde mental como um estado de completo bem-estar subjectivo a par de capacidades como comunicação e relacionamento interpessoal, competências na vida pessoal e social, capacidades de autonomia e escolha de um projecto de vida, auto-realização intelectual e emocional e adequação à realidade. A saúde mental, depende de factores pessoais e ambientais podendo ser promovida através de programas adequados, de melhoria das condições sociais e da prevenção do stress e outros factores de risco, e da luta contra o estigma. (OMS, 2001)

Ainda de acordo com *American Psychiatric Association* (2003), citado por Townsend (2011) “a saúde mental é definida como um estado que é relativo em vez de absoluto. O desempenho com sucesso das funções mentais demonstrado por atividade produtiva, relações satisfatórias com outras pessoas e a capacidade de se adaptar a mudanças e de lidar com a adversidade.”

1.1.3. Doença Mental

De acordo com Fazenda (2008) “a doença mental por sua vez é difícil de definir porque abrange um leque alargado de perturbações que afectam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual do indivíduo.”

São várias as definições que existem de doença mental no entanto, em todas elas é consensual o fato de ser uma condição médica que afeta a forma como a pessoa pensa, o estado de humor, os sentimentos, a capacidade de se relacionar com os outros ou de conseguir gerir as exigências do quotidiano. De acordó com vários estudos realizados neste

âmbito, ambos apontam que de entre as doenças mentais, destaca-se a doença mental grave, da qual a esquizofrenia é um exemplo.

Hoje é sabido que a doença mental é explicada por causas biológicas, psicológicas e sociais e que necessita de assistência adequada, com a finalidade de reinserção do utente e de apoio adequado para este e para a família. A integração do utente na comunidade ainda é difícil, pois a doença mental em alguns casos, é vista como transgressora de normas sociais, considerada uma desordem, e é pouco tolerada e portanto é isolada da sociedade. (Spadini e Souza, 2006).

Na mesma ótica, Esteves (2011) realça que “considera-se que a pessoa padece de uma perturbação mental, não quando ocorre um comportamento anormal num curto período, mas quando essa anormalidade é mantida, resultando em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal.”

Por sua vez Fazenda (2006) realça que “a doença mental também depende de fatores pessoais ambientais e pode ser promovida através de programas adequadas, na melhoria das condições sociais e da prevenção do stress da luta contra o estigma.”

Isto significa que, é possível estar atento a nível mental, mas isso não significa que os níveis físico e biológico estejam afetados. O indivíduo incapacitado pela doença, consegue viver com uma qualidade de vida estável e no caso dos utentes esquizofrénicos, essa qualidade advém do suporte familiar, do trabalho de uma equipe multidisciplinar e das terapias ocupacionais direccionadas a estes utentes.

1.1.4. Tipos de Doenças Mentais

Quando falamos da saúde mental e doença mental revela-se pertinente falar dos tipos de doenças mentais para melhor compreender os sintomas que podem estar relacionados com os comportamentos e pensamentos de cada pessoa.

Neste sentido Sousa (2013) salienta que os transtornos mentais aparecem muitas vezes concomitantes com outras doenças. É de realçar ainda que em muitos países os transtornos mais prevalentes, têm uma relevância significativa a nível social, uma vez que trazem limitações físicas e problemas com o funcionamento social, além de representar um desgaste e sofrimento no indivíduo e no seio familiar.

É importante a realização de pesquisas sobre os transtornos mentais para a saúde pública principalmente nos países desenvolvidos. Estes pesquisadores apontaram que, nestes países, o primeiro contato da população com os serviços de saúde ocorre com profissionais em ambulatorios. Em consequência, incide um grande número de não-diagnósticos ou subdiagnósticos, provocando tratamentos incorrectos por meio de benzodiazepínicos, analgésicos ou vitaminas. (Morreira 2010)

De acordo com estes autores existem diversos tipos de doença mental e dentro eles estão os mais comuns:

- Transtorno de Humor (Depressão, transtorno de humor bipolar)
- Transtorno psicóticos (esquizofrenia, transtorno delirante)
- Transtorno de ansiedade (transtorno de ansiedade desorganizada, transtorno de pânico)
- Transtorno alimentar (anorexia, bulimia)
- Transtorno do uso de substâncias psicóticas (drogas, álcool)

No trabalho interessa saber os tipos de transtornos psicóticos nomeadamente a esquizofrenia por ser um dos transtornos com maior prevalência afetando 1% da população em geral onde debruçarei no decorrer do trabalho.

1.2. Conceitos e evolução da Esquizofrenia

Antes de falar da esquizofrenia propriamente dita é necessário fazer uma breve abordagem da história da esquizofrenia, visto que desde os primórdios houve sempre indivíduos que desenvolveram perturbações mentais serias, e no entanto a doença mental não era muito abordada no mundo da medicina. Porém, houve várias tentativas em dar o significado à doença, visto que a esquizofrenia apresenta características próprias, nomeadamente comportamento bizarro, alucinações etc.

De acordo com Palmeira et al (2013) a evolução do problema clínico da esquizofrenia despertou atenção de várias figuras importantes da psiquiatria ao longo da sua história, com especial destaques para Emil Kraepelin e Eugen Bleuler.

Emil Kraepelin chamou a esquizofrenia inicialmente de demência precoce, Kraepelin acreditava que a maioria dos utentes perdia sua autonomia, não conseguia trabalhar, ou estudar e perdia sua motivação até para atividades simples.

Já Eugen Bleuler no início do séc. XX desenvolveu o termo “esquizofrenia”, procurando organizar uma hierarquização de alguns sintomas que considerava fundamentais, obtendo assim “os quatro As de Bleuler” onde se encontravam o afrouxamento dos nexos associativos do pensamento, autismo, afetividade embotada, e a volição. Este autor verificou ainda que os delírios e as alucinações apresentavam evoluções variáveis, com períodos de ausência intercalados com fases de agravamento, e por isso classificou-os como acessórios

Ainda estes mesmos autores enfatizam que “Kurt Schneider foi outro psiquiatra que ajudou na explicação da esquizofrenia, onde teve como foco principal o estudo dos delírios e alucinações dando ênfase ao que chamamos de sintomas positivos (Palmeira et al, 2013).

A esquizofrenia é hoje vista como uma perturbação mental que se caracteriza por sintomatologia específica e por alterações multidimensionais que afetam de forma transversal todas as áreas de funcionamento dos indivíduos, comprometendo a sua qualidade de vida (Guedes, 2008).

1.2.1. Esquizofrenia

Ao falarmos em esquizofrenia, damos-nos conta da enorme diversidade de definições existentes. Tendo em conta este aspecto, de seguida irão ser expostas algumas dessas definições.

De acordo com Townsend (2011) “de todas as doenças mentais responsável pelo sofrimento nas sociedades, a esquizofrenia é provavelmente responsável pelas hospitalizações mais prolongadas maior caos na vida familiar, custos mais levados para os indivíduos e governos e mais medo que qualquer outra patologia”.

A Associação de Promoção da Saúde Mental “A Ponte” (2014) afirma que a esquizofrenia “é caracterizada como uma psicose crónica, sendo definida como uma doença mental grave que afeta a forma como a pessoa pensa, sente e age. Muitas pessoas acham difícil fazer a distinção entre as experiências reais e imaginárias, pensar de forma lógica ter respostas emocionais, normais ou se comportar apropriadamente.”

Na mesma linha de pensamento Galera e Giacon (2009) complementa a ideia de que a “esquizofrenia é um transtorno causado por vários fatores biopsicossociais que interagem, gerando situações, as quais podem ser favoráveis ou não no início da doença.

Nestas definições da esquizofrenia constata-se que esta patologia causa vários problemas para os utentes, as famílias bem com a sociedade em geral. É uma doença grave com custos muito elevado, com maior tempo de hospitalização e aumento da sobrecarga dos membros familiares levando a mudanças e adaptações de funções dos familiares e muitas vezes havendo situações de crise.

O surgimento da doença muitas vezes está associado com a perda ou mudanças de funções no seio familiar ou na sociedade, e muitas vezes essas funções passam a ser exercidas por outro membro da família o que pode acarretar um desgaste, havendo conflitos e sentimentos de incredulidade perda de controlo e muitas vezes medo visto que a família vivência uma situação de desgaste.

É neste sentido que Teixeira (2005) afirma que quando a esquizofrenia surge na família, esse emerge como foco de atenção, uma vez que quando um dos membros adoece, todos os seus membros são afetados, e vivenciam emoções muito fortes, de tristeza associados a sentimentos de perda e expectativas.

1.2.2. Causas da esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença complexa, não existindo uma causa única, mas provavelmente são várias as causas que concorrem entre si para o seu aparecimento. Sendo assim, no entender de Silva (2006) “as causas da esquizofrenia são ainda desconhecidas. Porém, há um consenso em atribuir a desorganização da personalidade, verificada na esquizofrenia, à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas, entre as quais destacam-se as de natureza genética, Teorias Neuroquímicas, hipótese dopaminérgica.”

Na mesma linha de pensamento, Palmeira et al (2013) realçam que até hoje não conhece a causa exata da esquizofrenia, embora ela sofre influência genética (hereditariedade) e ambientais como causas físicas ou psíquicas, experienciais psicológicas negativas etc.

Por sua vez Afonso (2010) “acrescenta que ao longo dos tempos foram várias as tentativas para explicar a origem da esquizofrenia e que algumas das hipóteses surgiram na tentativa de encontrar uma explicação para a origem da esquizofrenia”

Sendo assim Afonso (2010) delineou as seguintes hipóteses:

- Hipótese genética: “Parecem existir vários genes envolvidos e que, em conjunto com os fatores ambientais, poderão contribuir para o aparecimento dessa patologia” O mesmo ainda realça “que a transmissão hereditária juntamente com as características multifatoriais, podem estar envolvidas na transmissão e que a probabilidade de uma pessoa ter a esquizofrenia aumenta se houver um familiar atingido”.
- Hipótese associada a neurotransmissores: “Dopamina” É uma substância utilizada no cérebro para a comunicação entre as células nervosas, mais precisamente na fenda sináptica. Embora este neurotransmissor esteja implicado na etiologia da esquizofrenia, deve-se a possibilidade de existir uma elevada quantidade no sistema nervoso central. “Serotonina” embora o envolvimento é fundamentado pelo facto de algumas substâncias que atuam neste receptor poderão provocar um quadro clínico semelhante a esquizofrenia. Os antipsicóticos além de bloquearem a acção da dopamina nos receptores dopaminérgicos são também antagonista serotoninérgicos, que reduzem os efeitos secundários e contribuem para o melhoramento da somatologia da esquizofrenia.

- Hipótese associada ao vírus (influenza A2): os indivíduos cujas mães estivera sujeitas á infecção por este vírus (influenza A2-gripe materna) tinham maior probabilidade para virem sofrer da doença.

1.2.3. Sintomatologia da esquizofrenia

No que diz respeito à sintomatologia da esquizofrenia, é de notar que se caracteriza, principalmente, pelas alterações ao nível do pensamento e da afetividade e, conseqüentemente, todo o comportamento e todo o trajeto do indivíduo. Os sinais e sintomas da esquizofrenia compreendem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais, afetando as funções superiores do cérebro conceptualizadas como positivos ou negativos.

Em complemento Afonso (2002) realça que os sintomas da esquizofrenia são bastante diversificados e complexo e muitas vezes de difícil compreensão, que podem estar ligados ao pensamento a percepção, ao rendimento cognitivo, a afetividade e ao comportamento levando a défice nas relações interpessoais e a perda de contato com a realidade.

De acordo com Cid 10 (Classificação Internacional das doenças, 2004), a esquizofrenia pode apresentar no início agudo, com comportamento seriamente perturbado em que a doença manifesta rapidamente evoluindo em poucas dias ou semanas ou pode apresentar de forma lenta ou indicioso demorando vários meses com um desenvolvimento gradual de ideias e condutas estranhos”.

Em diferentes fases da doença podemos encontrar sintomas típicos que favorecem a elaboração do diagnóstico dos demais tipos de esquizofrenia, sobretudo no que se refere aos sintomas da fase aguda. Mediante os estudos constata-se que podemos encontrar também alguns sintomas que ocorrem em quase todas as fases, que é o caso da depressão. É de salientar que na esquizofrenia encontra-se sintomas positivos e negativos.

Segundo DSM-IV-TR (Manual Classificação das Doenças, 2002) “os sintomas positivos são disfunções caracterizadas por intensificação ou exacerbação de características normais, incluem distorções de conteúdos do pensamento (ideias delirantes), de percepção (alucinações), da linguagem e dos processos de pensamento (discurso desorganizado, descarrilhamento, salada de palavras)”.

Em relação aos sintomas negativos são disfunções caraterizadas por inibição de características normais e são menos intensos (isolamento social, embotamento afetivo,

alogia que pode-se dizer pobreza no discurso e volição que é incapacidade de iniciar e persistir nas atividades). Os sintomas perduram aproximadamente por um período de um mês (ou menos se houver tratamento), com persistência de sinais da perturbação por pelo menos seis meses. Existe marcada disfunção social ou ocupacional (DSM-IV-TR, 2002).

1.2.4. Fases da esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno psicótico em que a manifestação é verificada de forma diferente consoante as fases. Segundo Afonso (2002) a esquizofrenia caracteriza-se em três fases: fase aguda, fase de estabilização ou manutenção e fase de prevenção de recaída.

Fase I: aguda- Nesta fase encontra-se o predomínio dos sintomas positivos nomeadamente os delírios, as alucinações, conduta desorganizada, discurso desorganizado. Nesta fase a pessoa com esquizofrenia não apresenta o que a teoria psicanalítica chama de consciência moral, ou seja, o certo e o errado, o que deve ser dito/feito e o que não se deve.

Esta fase se relaciona com a fase esquizofrenia proposto por Townsend (2011) que segundo ele os sintomas são importantes para confirmar o diagnóstico da esquizofrenia.

Afonso (2002) realça ainda que, durante esta fase, muitas vezes os utentes são levados pela família, à consulta de psiquiatria ou ao serviço de urgência já com um grande período de evolução do quadro psicótico, o que acaba por tornar inevitável o internamento, que em muitos casos torna difícil a adesão do utente ao tratamento ambulatorio por poucas vezes ter consciência de que está mesmo doente.

Fase II: de estabilização e manutenção

Ainda no dizer de Afonso (2002) a segunda fase é eleita de estabilização e manutenção, que é verificada depois da aplicação da terapêutica adequada e da melhoria clínica, mediante o controlo dos sintomas positivos da doença.

Podemos encontrar nesta fase, por vezes, a persistência de alguns sintomas da doença, embora com menor intensidade e que são controlados pelo ajuste da dosagem da medicação.

A fase de estabilização relaciona pela fase pródromo proposto por Townsend (2011) que para ele nesta fase os sinais e sintomas procedem as manifestações da doença aguda, nesta fase os sintomas podem ser breve, e durar meses ou até anos.

Fase III: A recaída

De acordo com Afonso, (2002) a esquizofrenia é uma doença em que podem surgir recaídas ao longo do tempo, pois acreditamos que, por ser uma doença crónica. Refere que o objetivo terapêutico é evita-las, ou adiar o mais tardar a fase de agudização, o que em muitos casos torna-se impossível. Perante este aspeto, existem diversos fatores que poderão estar associados nomeadamente incumprimento da medicação, incompreensão dos terceiros, a estigmatização por parte da sociedade.

Esta fase relaciona com a fase residual proposto por townsend que nesta fase os sintomas da fase aguda da doença estão ausentes, embora os sintomas negativos podem persistir.

1.2.5. Subtipos da esquizofrenia

O diagnóstico da esquizofrenia é feito com base no quadro clínico tendo em conta os sintomas da doença. É importante nessa investigação referir os subtipos de esquizofrenia. Pois, o reconhecimento precoce da doença é fundamental no prognóstico e no tratamento da doença.

O DSM-IV-TR (2002) caracteriza “os subtipos da Esquizofrenia pela sintomatologia predominante na altura da avaliação, e as suas implicações em relação ao prognóstico e tratamento sejam variáveis. O tipo paranóide e desorganizado são os menos e o mais grave, e o diagnóstico deste subtipo é baseado no quadro clínico que originou a avaliação ou admissão para cuidados clínicos”.

Ainda O DSM-IV-TR (2002), divide ainda a esquizofrenia em subtipos: subtipo catatónico; subtipo desorganizado; subtipo paranóide; subtipo indiferenciado; subtipo residual.

O tipo catatónico é caracterizado por, além da presença de outros sintomas, sinais predominantes de catatonia. O Subtipo desorganizado é caracterizado por permanência de discurso e comportamento desorganizado e inapropriado, bem como o embotamento. O subtipo paranóide é utilizado para descrever a preocupação elevada com ideias delirantes ou alucinações frequentes.

O subtipo indiferenciado é um termo utilizado para descrever aqueles que cumprem os critérios, mas não manifestam comportamento catatónico, desorganizado ou

paranóide. O subtipo residual diz respeito a situações em que se verifica a presença da perturbação, mas não se evidenciam sintomas.

1.3. Diagnóstico da esquizofrenia

O diagnóstico da Esquizofrenia nem sempre é fácil de se realizar, baseia-se na história psiquiátrica e no exame do estado mental, no qual se identifica um conjunto de sinais e sintomas associados à disfunção comportamental. Para que o diagnóstico da esquizofrenia seja estabelecido, os sintomas devem persistir por um mínimo de seis meses.

De acordo com Cid 10 (2004) “o diagnóstico da esquizofrenia não deve ser feito na presença dos sintomas depressivos ou maníacos nítidos, a menos que os sintomas esquizofrénicos e afetivos, se desenvolvem juntos e estão igualmente balanceando”,

Por sua vez Matos et al (2003) complementam a ideia dizendo que “o diagnóstico da esquizofrenia é essencialmente clínico em que resulta na detecção e interpretação dos sinais e sintomas recolhidos pelo observador junto do utente e dos familiares e que estes encontram-se abrangidos pelos critérios de diagnósticos estabelecidos desta patologia.”

Na mesma ótica, Neto (2000) realça que não existe nenhum tipo de exame que permita confirmar o diagnóstico da doença, mas que o diagnóstico da esquizofrenia é feito pelo médico de acordo com os sintomas e sinais da doença descrita pelo utente e familiares e pela observação do médico durante as consultas e as visitas.

1.2.1. Tratamento da esquizofrenia

Sendo a esquizofrenia uma doença crónica, muitas vezes repetida e recorrente associada as limitações significativas no funcionamento social e profissional dos indivíduos, esta por sua vez implica que o seu tratamento consiste numa abordagem multidisciplinar com uma intervenção farmacológica incluindo medicação e intervenções familiares, psicossociais e terapias ocupacionais.

O objetivo do tratamento consiste em melhorar a qualidade de vida dos utentes abrangidos com esta doença, reduzindo a morbilidade do distúrbio e diminuindo a frequência e gravidade dos episódios. É neste sentido que Neto (2000) realça que “o tratamento da esquizofrenia requer duas abordagens: medicamentosa e psicossocial, em que o tratamento medicamentoso é feito com fármacos designados antipsicóticos ou

neurolépticos, este são utilizados na fase aguda da doença para aliviar os sintomas psicóticos, e também nos períodos entre as crises, para prevenir novas recaídas”

Na mesma linha de pensamento Giacon e Galera (2005) partilham a ideia de que:

“o tratamento adequado seria uma intervenção farmacológica, psicossocial, e a inclusão da família, onde deve fazer um diagnóstico diferenciado da cada utente, respeitando sua individualidade onde a avaliação e assistência devem ser feitas por um equipe multidisciplinar, composta por médicos, psiquiatras, terapeuta ocupacional, enfermeira, dando um seguimento adequado com o objectivo de prevenirem recaídas bem como contribuir na adaptação do utente bem com a sua família nas comunidades”.

Ainda no dizer de Shirakawa (2000) a esquizofrenia por ser um transtorno de evolução crónica e que costuma comprometer a vida dos utentes, deve existir um acompanhamento psiquiátrico a longo prazo, com o objetivo principal de evitar recaídas, além de prevenir suicídios, promover reabilitação do utente e diminuir o estresse familiar.

Ainda o mesmo autor partilha a ideia de que a “relação médico-utente é o vínculo que devem ser trabalhados constantemente para o êxito do acompanhamento psiquiátrico. As estratégias do tratamento variam conforme o utente, sua família, a fase e a gravidade da doença” (Shirakawa, 2002)

Em suma, pode-se concluir que não há exames médicos disponíveis capazes de diagnosticar a esquizofrenia. Para que o utente seja diagnosticado com esquizofrenia, um psiquiatra deve examina-lo para confirmar se é um caso da doença ou não. O diagnóstico é feito com base em uma entrevista minuciosa com a pessoa e seus familiares. Ainda é de ressaltar que, o tratamento é basicamente medicamentosa e psicossocial.

1.3.2. Implicações sociais e Qualidade de Vida nos portadores de esquizofrenia

Sendo a esquizofrenia uma doença crónica e ainda persistente é importante reconhecer as dificuldades enfrentadas pelo portador da doença e principalmente pelos que estão mais próximos a ele, como a família, os parentes próximos e os amigos, pois o estilo de vida dessas pessoas sofrerá mudanças permanentes após receber o diagnóstico da doença.

Sendo assim Teixeira (2005) complementa a ideia que ao analisar as famílias com portadores de esquizofrenia podemos observar e entender o quanto a qualidade de vida é modificada. Os estudos sobre qualidade de vida na área de saúde mental são recentes e denotam a preocupação em conhecer, principalmente, a qualidade de vida dos portadores

de doenças de longa duração e daquelas que quando reconhecidos implicam na existência de sintomas residuais.

Nesse âmbito percebe-se que os membros da sociedade civil e profissionais de saúde, devem estar preparados e capacitados para conviver com esses portadores, estando aptos a entender o sofrimento vivido por eles, e pelos familiares além de procurar ajudar para minimizar algum tipo de preconceito que possam vir a sofrer.

Na área da saúde, principalmente em saúde mental há um maior conhecimento sobre a qualidade de vida dos utentes onde podendo ajudar na percepção do impacto da doença bem como uma melhor contribuição para o bem-estar em geral. O conceito de qualidade de vida é utilizado em diferentes áreas principalmente na área de saúde mental.

Neste sentido que Ribeiro (2009) refere que o conceito de qualidade de vida é complexo, ambíguo, difere de época para época, de cultura para cultura, de individuo para individuo, e até no mesmo individuo pode variar com tempo, o que hoje é uma boa qualidade de vida pode não ter sido ontem ou não ser daqui a algum tempo.

Ainda de acordo Couvreur (2001) “a qualidade de vida é um elemento subjectivo do individuo para individuo, mas também compreende um aspeto objetivo porque diz respeito a forma como cada individuo se sente fisicamente e psicologicamente nas relações com o meio”.

De acordo com Helder (2010),

“nos anos noventa, OMS elaborou um instrumento de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life*), deste instrumento surgiu uns anos mais tarde uma versão mais abreviada e aplicação mais rápida o *WHOQOL-Bref* que engloba quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e a QdV geral. Este instrumento de avaliação subjectiva da QdV foi desenhado para poder ser aplicado a pessoas que vivam em diferentes circunstâncias, condições e culturas. Tendo sido considerado fidedigno para a aplicação em estudos com utentes com esquizofrenia”.

No entender de Katschnig (2000) citado por Sousa e Coutinho (2006) os indivíduos portadores de esquizofrenia bem como outras perturbações mentais estão submetidos a diversas formas de preconceito e ao estigma. Estes fatores muitas vezes estão associados a competências sociais e cognitivas limitadas, bem como ambientes desadequados, que podem contribuir para as dificuldades que estes indivíduos têm em usufruir de uma qualidade de vida adequada e saudável.

Ainda Sousa e Coutinho (2006) referem que o foco de investigação tem-se direccionados para a avaliação dos serviços comunitários que visam substituição dos

hospitais psiquiátricos a reinserção social e a qualidade de vida dos utentes, uma vez que a falta de estrutura e serviços na comunidade, pode estar por detrás da deterioração da qualidade de vida dos utentes com esquizofrenia.

1.4. A família com um membro esquizofrénico

Quando ocorre um primeiro surto da esquizofrenia na família, logo estes passam a viver situações de *stress*, tensão comparado ao trauma vivido pela vítima da doença desorganizando todo o grupo familiar. Em toda a sociedade a família é considerada o grupo social primário, sua composição e o seu papel variam entre as culturas e épocas, podendo incluir os seus parentescos que podem ou não ser biologicamente ligados a ele, além da sua família nuclear.

De acordo com vários estudos inerentes à esta temática, a família era vista como um elemento dificultador do processo de reabilitação ou mesmo eles não se sentiam capazes de cuidar do familiar, mas hoje nota-se que a família vê a real importância do tratamento da pessoa com patologia do foro mental.

Neste sentido Couvert, et al (2004) referem que na fase aguda da doença o internamento deve decorrer apenas no período necessário à estabilização da pessoa, devendo a continuidade do tratamento ser feita no seio da sua família, integrado na sociedade. A família passa assim a ser o elemento promotor no cuidado reabilitador do utente portador de esquizofrenia numa perspectiva de reabilitação psicossocial.

Quando uma família vive com um portador de doença mental no caso concreto a esquizofrenia, estas são afetadas, necessitando adquirir conhecimento sobre a doença e saber como lidar com os sintomas e as suas repercussões do dia-a-dia. O comportamento de cada membro é determinado por padrões de interação que afeta toda a estrutura familiar.

Na maioria das vezes, a pessoa que realiza a função de cuidador não está preparada para exercê-la. Em que os cuidados podem incluir, além de auxílio em atividades da vida diária ou da vida prática, o acompanhamento do tratamento. Nesse sentido, o cuidador pode tornar-se um importante aliado na atenção, dependendo da forma como ele concebe o tratamento e as questões relacionadas à saúde, bem como de sua relação com os serviços e os profissionais (Almeida et al, 2010).

Ainda os mesmos autores acrescentam que a sobrecarga familiar é o impato causado no meio familiar pela convivência com o utente, envolvendo aspetos económicos, práticos e emocionais aos quais os cuidadores/familiares são submetidos. Familiares sobrecarregados têm uma demanda de apoio por parte de profissionais de saúde no sentido de obter maior suporte social e mais informações sobre os transtornos mentais e sobre como lidar com os utentes durante a crise (Almeida et al, 2010).

No entanto Assis, Villares e Bressan (s/d) partilham a ideia de que quando “um membro da família adoece com a esquizofrenia, os demais desorientam-se, pois têm de lidar com dificuldades e exigências completamente novas, que são marcadas por muito stress e confusão e por não saberem o que fazer para lidar com o problema”.

A existência da doença mental no seio da família significa muitas vezes conviver com limitações e desgaste no seio familiar, devido a desorganização e reestruturação da família que muitas vezes dificulta a convivências com a pessoa e repercutindo-se de forma negativa na saúde por parte dos familiares.

Neste contexto cada vez a família tem vindo a assumindo e contribuindo com a responsabilidade de cuidar da saúde dos seus membros, necessitando do apoio dos profissionais de saúde no que se refere à saúde tanto hospitalar como no domicílio.

É comum que os profissionais que trabalham com os utentes do foro mental exijam uma melhor participação da família no que tange ao tratamento do utente para que ele tenha uma melhor aceitação da sua doença. Sendo assim de acordo com Scoz UFCO (2000) (...) a família não é responsável ou culpada pela ocorrência da doença. Procura-se, ao contrário, reconhecer as dificuldades que a família passa a ter com a presença de um membro portador de esquizofrenia.

Hoje o papel que as famílias desempenham nos cuidados a um familiar membro de doença mental principalmente a esquizofrenia tem sido reconhecido como um importante contributo no que tange ao tratamento e nas suas reabilitações, dado que se verificou que os utentes recuperam melhor quando têm o apoio e suporte da família. Nesse caso a família deve ser vista como cuidadora e como receptora de cuidados e os profissionais de saúde devem prepara-los para poderem estar atentos nos cuidados ao familiar e para si própria.

1.5. Funções do enfermeiro

O enfermeiro possui em sua essência a arte do cuidar, e esse processo de cuidar constitui o seu objeto de trabalho que deve ser realizado de forma humanizada, sistematizada e baseada na teoria holística, para que assim a assistência ao utente ocorra de forma qualificada, visando não somente o cuidado físico, mas também o cuidado emocional.

De acordo com Pellosso e Boaventura (2002) o enfermeiro é o profissional que pode proporcionar conhecimento as comunidades ajudando a adquirir soluções para as suas problemas em todos os níveis de saúde, dando espaço nas relações que pode manter com as populações.

Os mesmos autores afirmam ainda que as funções dos enfermeiros estão centradas na promoção da saúde, e no melhoramento de qualidade de vida do utente, ajudando o utente, sua família bem como as comunidades a encontrarem o verdadeiro sentido da doença do foro mental.

Nesta mesma perspetiva Townsend (2011) salienta que o “enfermeiro ao realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear o campo de ação com a tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo”.

Ainda o mesmo autor refere que numa enfermaria psiquiátrica muitos vezes o enfermeiro tem o papel de (Townsend 2011):

- Estranho - Primeiramente o enfermeiro é um estranho para o utente e vice/versa
- Técnico - No papel de técnico o enfermeiro explica, de modo que os utentes entendem as informações relacionados com os cuidados de saúde do mesmo.
- Professor - O enfermeiro identifica as necessidades de aprendizagem e fornece informação requerida pelo utente ou pela família de modo a melhorar a situação de saúde.
- Conselheiro - O enfermeiro utiliza “ técnicas interpessoais” para ajudar o utente a aprender a adaptar-se as dificuldades ajudando-o a entender o que passa na sua situação actual.
- Líder - Liderar em situações de enfermagem implica que o utente seja autorizado a ser um participante ativo na elaboração dos planos de enfermagem para ele.

- Substituto - Muitos vezes o utente vê os enfermeiros como símbolos de outro indivíduo, vê a enfermeira como figura maternal, irmã, ou que lhes tendo prestado cuidado no passado, cada enfermeiro tem a responsabilidade de exercer as suas capacidades profissionais ajudando na relação a avançar no contínuo.
- Professor - O enfermeiro identifica as necessidades de aprendizagem e fornece informação requerida pelo utente ou pela família de modo a melhorar a situação de saúde.

O enfermeiro tem muitas funções na assistência de saúde sendo ele uma peça fundamental no que tange aos cuidados e por estar mais próximo dos utentes promovendo melhor qualidade de vida dos utentes bem como as famílias.

1.5.1. Assistência de enfermagem aos portadores de esquizofrenia

Antes de falar de assistência de enfermagem é importante realçar sua importância visto que exerce um papel fundamental para o indivíduo, à família e à comunidade. A assistência de enfermagem no dia-a-dia vai se traduzir em importantes ações de cuidados como garantir conforto, bem-estar e acolhimento dos utentes.

De acordo com a evidência científica, actualmente a enfermagem é destacada como sendo uma atividade profissional de ajuda e de cuidados aos utentes. No início dos tempos os cuidados eram prestados de forma empírica, mas com o passar dos tempos e com a evolução das tecnologias e de novos conhecimentos em bases científicas, a assistência de enfermagem passou a ter mais atenção nas prestações dos cuidados aos utentes.

Na perspectiva de Oliveira e Alissis (2003) a enfermagem é, portanto, prática estruturada, que existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes formas de cuidar que, por vezes é determinada pelas relações sociais de cada momento histórico e que é integrado no trabalho colectivo em saúde.

Na mesma linha de pensamento Giacon e Galera (2005) partilham a ideia de que prática em enfermagem se baseia em cuidados que visam melhorar as condições e a qualidade de vida dos utentes e das suas famílias, contribuindo no melhoramento e controle do surto da doença, tornando-o estabilizada, ajudando na integração social após o aparecimento da doença, e ajudar na adesão ao tratamento e à adaptação das suas novas condições de vida.

Ainda os mesmos autores complementam que os cuidados de enfermagem esta fundamentada no relacionamento interpessoal enfermeiro- utente onde se nota os aspetos biopsicossociais dos indivíduos, observando os efeitos dos medicamentos (Giacon e Galera, 2005)

Sendo assim, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no cuidado contra o estigma principalmente na esquizofrenia e em todas as fases do tratamento e na recuperação das pessoas portadores da esquizofrenia.

É nesse sentido que Castro e Furegato (2008) complementam a ideia de que na prática observa-se que os enfermeiros na área e saúde mental sempre encontram dificuldades em implementar os cuidados de enfermagem visto que não se encontram inteiramente capacitados para lidar com os portadores da esquizofrenia, devido as características dessa doença mental.

As manifestações tipo alucinações, delírios, auto-agressão e agitação psicomotora provocam ansiedade nos enfermeiros, dificultando o estabelecimento na comunicação interpessoal e a concretização da relação de ajuda. Mas contudo o enfermeiro tem capacidade de lidar com estes utentes de forma a minimizar o stress proporcionando um ambiente confortável de forma a satisfazer as necessidades dos utentes, ajudando as famílias no que tange as suas duvidas bem como as curiosidades acerca da doença.

1.5.2. Prevenção e Promoção da Saúde Mental

Após uma abordagem histórico-conceitual, da saúde e doença mental bem como os tipos de doenças mentais é de grande relevância enunciar as formas de promoção e prevenção dentro da saúde mental.

Ao longo dos tempos com a evolução da humanidade e consequentemente das sociedades e tarefas, a procura de uma vida melhor implica que o homem tende a procura de condições favorecedores como por exemplo emprego. Cada vez mais querem ter melhores condições materiais e isso implica sobrecarga tanto físico como material levando muitos a desenvolverem as tais chamadas loucuras provocadas por um desequilíbrio psíquico e emocional.

De acordó com Peixoto (2013), a prevenção “consiste em transmitir informação adequada ao indivíduo, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção à doença, para que

os cidadãos melhorem a sua qualidade de vida e possam tomar decisões conscientes e autónomas”. Para Pinelli (2002) “as ações preventivas em saúde devem basear-se em princípios que norteiam toda a elaboração de programas preventivos”.

Andrew Tannahill, (s/d.) apud Silva (2002, p. 212) propôs um modelo de sistematização das medidas da promoção da saúde, segundo três grandes estratégias da ação interligadas e complementares entre si, sendo prevenção da doença, proteção da saúde e educação para a saúde, postulando que:

-Prevenção da doença – medidas que visam o aparecimento de doenças específicas, promover a sua identificação e tratamento precoces ou evitar o aparecimento de sequelas e promover a reabilitação.

-Proteção da Saúde – medidas legislativa, normativas ou reguladoras que visam condicionar ou limitar quer condições ambientais, quer determinados comportamentos individuais, com o objetivo de eliminar ou diminuir riscos para a saúde e medidas de vigilância, de controlo ou de modificação das condições do meio por forma a torna-lo mais seguro e saudável.

-Educação para a saúde – processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde, ou seja de capacitar as pessoas para a realização de escolhas saudáveis, de modo informado, consciente, responsável e autónomo.

Complementando a ideia Oliveira (2012) realça que “o conceito de prevenção e promoção vem sofrendo alterações ao longo dos tempos. A primeira conceituação de grande repercussão foi a definição de Caplan, em 1964, que subdividiu a prevenção em três seguimentos: prevenção primária, secundária e terciária”

Ainda o mesmo autor delineia que “a prevenção primária se referia a uma intervenção oferecida a toda população com o objetivo de diminuir a ocorrência de novos casos ou, na linguagem da saúde pública da época, reduzir a incidência de transtornos” (Oliveira, 2012).

No dizer de Alves, (2001) a prevenção primaria não é uma intervenção que faz com que a pessoa não adocece, más sim influencia na diminuição da incidência de casos novos de doença mental numa determinada população num determinado tempo e espaço, e que viria a subdividir em duas dimensões.

- A implementação de ações que visam promover a saúde em geral e portante melhorar a qualidade de vida favorecendo o aumento da doença,
- As ações que operam em torno da prevenção de ocorrências de doenças específicas,

Ainda no ver de Almeida (2005) a prevenção primária abrange um conjunto e atividades que visa evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico.

A prevenção primária faz-se presente no momento em que a doença ainda não está instalada. A sua promoção se dá por medidas de ordem geral como moradia adequada, educação em todos os níveis, alimentação, lazer, desportos. Como também através de medidas específicas como imunização, higiene pessoal e do ambiente, proteção contra acidentes, aconselhamento genético. A prevenção primária, portanto, tem como objetivo principal evitar o surgimento de alguma doença.

Prevenção secundária:

No que tange a prevenção secundária de acordo com Alves (2001) esta prevenção tem por finalidade reduzir ou minimizar os danos causados pela doença; fazer um diagnóstico precoce, desenvolver estratégias de identificação dos indivíduos, diminuir a prevalência dessa doença. Muitos casos escapam à notificação nas estruturas de saúde por não comparecimento as consultas, e a prevenção secundária possibilite a deteção dos casos que estão nas comunidades no sentido de se implementar um plano de tratamento eficaz e rápido.

Em complemento Almeida (2005) acrescenta que esta prevenção tem como finalidades a detenção precoce da doença por forma a reduzir a sua evolução, e que esta prevenção esta focada nos indivíduos que já se apresenta sinais da doença.

Ainda de acordó com Alves (2001) o diagnostico precoce pode ser realizado através de:

- Se os instrumentos diagnósticos forem aperfeiçoados de modo a que distúrbio possa ser identificado a partir dos primeiros sinais e sintomas,
- Se existirem condições (técnicas) que permitam a investigação mais aprofundada dos casos suspeitos,
- Se os potenciais utentes bem como as suas redes sociais dispuserem de informações prévias que lhes permitia dar conta das primeiras alterações e perturbações e assim recorrerem mais precocemente a ajuda especializada, ou então através da implementação de métodos de triagem sistemáticas da população de risco,

Prevenção terciária

Relativamente a prevenção terciária segundo Alves (2001) esta prevenção pressupõe a reabilitação enquanto possibilita a minimização e prevenção das sequelas da doença ou incapacidade numa determinada comunidade. Ou seja, a reabilitação é um instrumento que permite trabalhar individualmente pessoas com perturbações mentais, tendo por objetivo readquirir o seu potencial máximo de funcionamento.

Já a prevenção terciária, na perspectiva de Almeida (2005) tem como campo de ação reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população através da reabilitação e reintegração precoces e da potenciação da capacidade funcional dos indivíduos.

1.5.3. Diagnóstico de Enfermagem a comportamentos associados a perturbações psicóticas

Depois da ilustração dos principais conceitos que relacionados com a doença mental e da esquizofrenia revelou-se pertinente identificar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que podem ser levantados para um utente portador de esquizofrenia.

Os diagnósticos serão elaborados através da taxonomia da Nanda e as intervenções de Nic (Classificação internacional da prática de enfermagem).

Para a taxonomia de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) o diagnóstico de enfermagem é: “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família, da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável”.

Feita essa consideração, achou-se pertinente e importante apresentar os principais diagnósticos de Enfermagem (NANDA) e as intervenções de Nic.

Manutenção ineficaz da saúde		
Manifestada por	Relacionadas por	Intervenções de Nic
<ul style="list-style-type: none"> • Agitação; Alucinações; • Comunicação prejudicada; • Concentração insatisfatória; • Desorientação; • Distorções sensoriais; • Irritabilidade; 	Estresse psicológico; Integração sensorial alterada; Recepção sensorial alterada; Transmissão sensorial alterada Desequilíbrio bioquímico; Desequilíbrio electrolítico;	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para saúde • Aumento do sistema de apoio • Avaliação da saúde • Aconselhamento • Apoio na tomada de decisão
Comunicação verbal prejudicada		
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para manter o padrão usual de comunicação; • Incapacidade de falar o idioma do cuidador; • Incapacidade de usar expressões; • Desorientação no tempo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração do sistema nervoso central; • Alteração na Autoestima; • Alteração no autoconceito; • Ausência de pessoas significativas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir altamente • Melhoria na comunicação (difícil auditivo e déficit de falar) • Redução da ansiedade
Deficit de autocuidado		
Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada;	Ansiedade grave Motivação diminuída Prejuízo cognitivo Prejuízo perceptivo	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da imagem corporal • Cuidado com as unhas • Assistência no autocuidado • Manutenção da higiene oral
Isolamento social		
<ul style="list-style-type: none"> • Afeto triste; 	Alterações na aparência	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte emocional

<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta comportamento não-aceito pelo grupo cultural dominante; • Ausência de pessoas significativas; • Comportamentos inapropriados para o estágio de desenvolvimento; • Doença; • Evidência de deficiência (p. ex., física, Mental); • Não-comunicativo; • Preocupação com os próprios pensamentos; • Procura ficar sozinho 	<p>físicas;</p> <p>Alterações no estado mental;</p> <p>Bem-estar alterado;</p> <p>Comportamento social inaceitável;</p> <p>Fatores que contribuem para a ausência de relacionamentos pessoais satisfatórios (p. ex., demora em realizar tarefas de desenvolvimento);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presença • Instalação de esperança • Controlo do ambiente • Melhorar a imagem corporal
<i>Coping</i> familiar inapropriado		
<p>Aceleração dos sintomas da doença de um membro da família;</p> <p>Atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de saúde;</p> <p>Falha em agir para reduzir fatores de risco.</p>	<p>Complexidade do sistema de assistência à saúde;</p> <p>Conflitos de decisão;</p> <p>Dificuldades económicas;</p> <p>Conflito familiar;</p> <p>Exigências excessivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte familiar • Promoção da integridade familiar • Manutenção do processo familiar • Suporte emocional • Terapia familiar
Manutenção da casa prejudica		
<p>Membros da família descrevem crises financeiras;</p> <p>Ambiente desordenado;</p>	<p>Conhecimento deficiente;</p> <p>Doença;</p> <p>Falta de modelo de papel;</p> <p>Finanças insuficientes;</p> <p>Funções prejudicadas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte familiar • Apoio ao cuidador • Assistência para manutenção do lar

	Lesão; Organização familiar insuficiente;	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento • Aumento do sistema de apoio •
Processo de pensamentos perturbados		
Défice de memória; • Egocentrismo; • Interpretação imprecisa do ambiente; • Raciocínio impróprio; • Tendência à distração;	<ul style="list-style-type: none"> • A serem desenvolvidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo de medicamentos • Controlo do ambiente • Monitorização Neurológica

Fonte: “Elaboração própria”

Tendo em conta os diagnósticos de NANDA e as intervenções de NIC elaboradas entende-se que as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros deverão ser no sentido de ajudar os utentes e trabalhar junto com as famílias no sentido de incentivar os utentes na adesão ao tratamento, prevenir recaídas e ajudando na reintegração na sociedade.

CAPITULO II – FASE METODOLOGICA

2.1. Fundamentação metodológica

Neste capítulo representa-se o desenho metodológico utilizado no presente trabalho, pelo que debruçar-se-á sobre as questões metodológicas, para dar resposta aos objectivos já estabelecidos. Apresenta-se ainda neste capítulo o tipo de metodologia, a técnica e o instrumento de recolha de dados, a população alvo e amostra, a técnica de amostragem e por fim as questões éticas de investigação. Pelo que ostenta ainda a análise dos resultados obtidos através das entrevistas.

Fortin (2009), refere que a fase metodológica “consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar os pressupostos”

Pode-se dizer ainda que a metodologia faz parte do corpo de um trabalho científico, por onde pretende dar credibilidade as respostas pretendidas de acordo com a problemática já estabelecida.

O trabalho será redigido de acordo com as normas do conselho científico da Universidade do Mindelo, com base no livro, Introdução à Investigação Científica, guia para investigar e redigir ,tendo como autor o Magnífico Reitor da Universidade do Mindelo, Albertino Graça.

Tem como campo empírico o serviço de psiquiatria e o centro acolhimento doença mental onde depara-se com um elevado fluxo de internamento nas quais os utentes necessitam de cuidados especiais.

2.1.1. Tipo de metodologia

Neste capítulo será abordada a metodologia utilizada para este estudo. A investigação é do tipo descritivo e exploratório em que o problema de investigação será abordado de forma qualitativo, indutivo e de carater transversal e uma abordagem fenomenológica.

Acredita-se que se trata de um estudo que mais se juste a essa investigação, no sentido de que o objetivo presente não é quantificar mas sim analisar percepções

individuais dos participantes sobre o fenómeno em estudo. Este estudo é descritivo na medida em que pretende analisar, identificar e descrever as intervenções de enfermagem na promoção da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia, dando resposta aos objectivos já estabelecidos.

Convém referir ainda que o trabalho tem como pergunta norteadora: Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância do enfermeiro na promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia? O que mais uma vez justifica o desenho metodológico seleccionado.

Nesse sentido, pretende-se recorrer a um conjunto de técnicas de investigação qualitativa que privilegiam o contacto directo com os utentes de foro mental entendendo assim a sua qualidade de vida enquanto portador de doença mental. De acordo com Fortin (2009), “a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista à elaboração de teorias”.

Sendo que será feito pesquisas bibliográficas para melhor clarificar conceitos importantes como a definição de esquizofrenia, a qualidade de vida de um esquizofrénico bem como as intervenções de enfermagem para os mesmos.

Terá ainda uma observação participante do investigador onde este fará visitas constantes ao local da pesquisa para observar e entender os comportamentos associados a estes portadores de doença mental. Esta abordagem oferece uma base segura como demonstra Fortin (2009) “a fenomenologia é uma abordagem indutiva que tem por objetivo o estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pelas pessoas.”

2.1.2. Instrumento de recolha de dados

Sendo que será uma entrevista semi-estruturada onde o investigador efetuará visitas constantes a este serviço, visto que, pretende-se saber qual as intervenções de enfermagem da promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

A entrevista sendo um instrumento de recolha de informações, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação e na recolha de dados na perspectiva de

Fortin (1999), “a entrevista é um método de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de recolher dados relativos às questões de investigação formuladas”

O instrumento utilizado para a colheita de informações foi elaborado pela investigadora baseado em varias leituras do tema em estudo, várias observações feitas. Sua elaboração teve como objetivo recolher a informação mais precisa possível permitindo assim dar respostas aos objectivos já estipulados.

Após a sua elaboração a mesma foi validada pela orientadora do trabalho, por quatro (4) enfermeiros que trabalham no hospital e por mais quatro (4) colegas de licenciatura. A referida validação teve como objetivo confirmar a coerência das questões, a pertinência do guião e a sua adequação aos objetivos do trabalho.

O guião resultante da validação consta nos anexos.

2.1.3. Caraterização do campo empírico

O campo empírico escolhido para a pesquisa foi o Hospital Baptista de Sousa em São Vicente, no serviço de Internamento da psiquiatria - serviço de saúde mental, onde os enfermeiros lidam quase todos os dias com a esquizofrenia, e o Centro de Acolhimento Doente Mental.

Serviço de Saúde Mental

O serviço de Saúde Mental encontra-se localizado na parte mais antiga da instituição. As valências oferecidas pelo serviço são: consulta psiquiatria, consulta psicologia, intervenções de crise, com internamento dos doentes, medicação.

A equipa multidisciplinar que nele trabalha é composta por cinco (5) enfermeiros prestando serviços por turnos, três (3) psicólogas que trabalham em período único e quatro (4) ajudantes de serviços gerais prestando serviços por turnos.

O referido serviço foi inaugurado em 1996, tem uma estrutura física dividido em duas partes: Onde Uma decorre as consultas externas compostas por dois (2) consultórios médicos dois consultórios de psicologias, dois consultórios de psicologias, uma sala de espera, uma (1) casa de banho e uma sala que funciona como uma secretaria. E a outra é

constituído por dois (2) quartos (um para os do sexo feminino com 4 cama e outro para o sexo masculino com 5 camas), três (3) casas de banho, uma (1) sala de reunião, uma sala de enfermagem e um quintal.

Centro de acolhimento de Doença Mental

O Centro de acolhimento de Doença Mental foi inaugurado a três (3) de Janeiro de 2009 pela antiga presidente de câmara municipal de São Vicente Dra. Isaura Gomes e iniciou o seu funcionamento trinta (30) de Janeiro do mesmo ano. O centro tem a seguinte estrutura física: duas (2) arrecadações, uma (1) sala multi-uso, um (1) refeitório, uma (1) cozinha, seis (6) quartos de cama (sendo cinco (5) para os do sexo masculino e um (1) para o sexo feminino), um (1) quintal, duas (2) casas de banho (um para os do sexo feminino e outro para os do sexo masculino) e um escritório. Em termos de recursos humanos, trabalham no centro, um (1) responsável, (5) monitores e três (3) empregadas de serviços gerais.

2.1.4. População alvo e amostra

A população alvo são os enfermeiros da psiquiatria, e os profissionais do CADM estando assim constituído por 11 profissionais de saúde, sendo cinco (5) enfermeiros e seis (6) profissionais.

Na perspectiva de Fortin (2009) “a população alvo refere-se á população que o investigador quer estudar co a intenção de fazer a generalização ou seja é um grupo de pessoas que tem características comuns e que permitem delinear a precisão do tema em estudo e assim obter dados junto de pessoas ou grupos homogénea”.

Tendo em consideração as características heterogéneas da população em estudo foi necessário desenhar uma amostra não probabilista por conveniência.

A amostra estabelecida foi constituída por cinco (5) enfermeiros do serviço de saúde mental do HBS e ainda 6 profissionais do CADM. Para a selecção dos mesmos utilizou-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Enfermeiros

- Trabalhar na área de saúde mental há mais de 5 anos;

- Ainda a vontade expressa de participar no estudo;

Outros profissionais:

- Trabalhar na área de saúde mental há mais de 6 meses;
- Ainda a vontade expressa de participar no estudo;

2.2. Questões éticas de investigação

Na realização desta investigação teve-se em consideração o respeito de todos os princípios básicos da investigação e com o cumprimento dos direitos dos entrevistados sem por em causa a sua profissionalidade.

Primeiramente a pesquisa foi autorizada pela Comissão Ética do HBS e pelo CADM em resultado de um pedido de autorização, dirigida a instituição (em apêndice Ie II).

Para que a colheita de dados fosse possível, e para garantir os direitos de desistir a qualquer momento e o anonimato dos participantes, foi-lhes disponibilizado um termo de consentimento informado de livre e esclarecido com o objetivo de os convidar a participar da pesquisa, esclarecendo-lhes que a sua participação era totalmente voluntária, e que podiam recusar a participar ou desistir a qualquer momento sem que isso pudesse trazer qualquer constrangimento ou consequência.

Nesse âmbito foram convidados a assinar o Termo de Consentimento informado (apêndice III) e foi-lhes disponibilizado todas as informações necessárias para garantir uma participação de forma livre e autónoma.

As entrevistas foram gravadas individualmente garantido assim o anonimato e a confidencialidade das informações, ainda que será pedido autorização para realização dos mesmos.

Para garantir a confidencialidade dos participantes desta investigação atribui-se um nome fictício à cada um, pelo que no decorrer do estudo serão citados como nomes de flores: Girassol, Rosa, Margarida, Violeta, Cravo, Amalis, Orquídea, Anémone, Jasmim e Alpinia

CAPITULO III – FASE EMPIRICA

3.1. Apresentação e análise dos dados

Uma vez terminada a etapa da recolha de dados torna-se necessário efectuar a análise e a interpretação dos resultados dos mesmos, de acordo com a metodologia utilizada, com a transcrição das entrevistas e respectivas análises do conteúdo. Assim, neste capítulo dedicar-se-á ao tratamento e análise das informações obtidas, tendo em conta os resultados encontrados para o cumprimento dos objetivos desta investigação.

3.1.1. Caraterização dos entrevistados

Foram entrevistados cinco (5) enfermeiros da enfermaria da psiquiatria todos do sexo masculino com uma faixa etária compreendida entre os seguintes intervalos: quarenta (40) a cinquenta e sete (57) anos. Em referência as habilitações académicas quatro (4) são licenciados e um (1) bacharel que neste momento esta a participar de um curso de conclusão de licenciatura. No que se refere ao tempo de trabalho enquanto enfermeiro, esta varia de vinte (20) a trinta e dois (32) anos de trabalho. Em relação ao tempo de serviço na enfermaria de psiquiatria, este varia de quinze (15) a vinte e cinco (25) anos.

Ainda foram entrevistados cinco (5) profissionais do Centro de Acolhimento de Doente Mental entre eles quatro (4) do sexo masculino e um (1) do sexo feminino, com uma faixa etária compreendida entre os seguintes intervalos: vinte e cinco (25) a trinta e cinco (35) anos. Em referências as habilitações académicas: quatro (4) variam entre o sétimo (7^a) a décimo segundo (12^a) ano e um (1) licenciado.

Tabela 1 - Dados da amostra dos enfermeiros

Enfermeiros	Idade	Género	E. Civil	Grau Académico	Anos de serviço	Serviço
Girassol	39	Masculino	Solteiro	Licenciado	20	SM
Rosa	41	Masculino	Solteiro	Licenciado	20	SM

Cravo	51	Masculino	Casado	Bacharel	28	SM
Orquídea	48	Masculino	Solteiro	Licenciado		SM
Margarida	57	Masculino	Casado	Licenciado	32	SM

Tabela 2 - Dados da amostra dos Profissionais do CADM

Profissionais CADM	Idade	Sexo	Grau académico	Categoria profissional	Tempo de serviço	Serviço
Amalis	25	Feminino	Licenciado	Responsável do centro	11 meses	CADM
Jasmim	27	Masculino	12 ^a ano	Monitor	6 meses	CADM
Violeta	27	Masculino	11 ^a ano	Monitor	1 ano	CADM
Anémona	31	Masculino	10 ^a ano	Monitor	8 anos	CADM
Alpínia	35	Masculino	7 ^a ano	Monitor	8 anos	CADM

3.1.2. Apresentação do conteúdo das entrevistas

Análise das entrevistas dos enfermeiros

De modo a facilitar a análise das informações dos dados recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada tornou-se pertinente organiza-las em categorias em que cada uma será apresentada por um pequeno texto e verbalizações dadas pelos enfermeiros com o objetivo de validar a interpretação dos resultados, em que os resultados recolhidos foram agrupados em três (3) categorias:

1^a Categoria: Conceitos inerentes à temática em estudo

2^a Categoria: Intervenções de enfermagem aos utentes esquizofrénicos

3^a Categoria: Inclusão dos utentes esquizofrénicos na sociedade

1^a Categoria: Conceitos inerentes à temática em estudo

Relativamente à primeira categoria pretende-se identificar a percepção dos enfermeiros que trabalham na enfermaria de saúde mental, acerca dos conceitos inerentes à temática em estudo. Para a análise desta categoria foi necessária a sua estruturação em três (3) subcategorias.

Subcategoria I – Doença mental

No que tange à doença mental os cinco (5) enfermeiros referem que é um distúrbio do foro mental que afeta o modo de pensar, agir, comportamento e faz com que a pessoa fica desorganizada e perde o contacto com a realidade.

Orquídea *“É um transtorno psíquico que altera a forma do individuo no seu modo de agir pensar e no seu comportamento.”*

Rosa *“Transtorno psíquico que altera a forma do individuo, sua forma de pensar e de agir.”*

Em relação à esta questão constatamos que todos os enfermeiros têm uma opinião clara acerca do que é a doença mental e que estes estão não possuem ideias e/ou atitude preconceituosas em relação à temática. É de realçar que todos os enfermeiros têm mais de 15 anos de experiencia na área de saúde mental, e que lidam diariamente com quase todos os tipos de doença do foro mental. Durante a entrevista foi percebida que todos os enfermeiros estão a vontade para falar de doenças mentais.

Subcategoria II - Esquizofrenia

Nesta subcategoria foi notável que todos os enfermeiros têm uma boa percepção da esquizofrenia e reconhecem a sua semiologia. A esquizofrenia é caracterizada pelos enfermeiros como sendo uma doença do foro psiquiátrico que normalmente tem inicio na adolescência e na idade adulta que afeta o utente à nível pessoal, familiar e social. No discurso dos enfermeiros é claramente visível que a esquizofrenia é uma doença também da família. Sublinham ainda, que esta patologia é uma das maiores demandas do serviço.

Girassol *“é uma doença do foro psiquiátrico caracterizada por alucinações, delírios e comportamentos inadequados que tem influência no seio familiar e na sociedade.”*

Orquídea *“doença psiquiátrica que afeta sobretudo pessoas da idade jovem e que tem influencia à nível da organização da vida da própria pessoa, nomeadamente a nível familiar e social.”*

O que constatamos nessa subcategoria é que todos esses enfermeiros têm uma noção do que é a esquizofrenia e que são unânimes em relação ao conceito e realçam ainda o fato desta patologia ter implicações na família.

Subcategoria III - Qualidade de vida

Nesta subcategoria nota-se que em alguns aspectos os enfermeiros têm pontos de vista idênticos e em outros casos há uma divergência de opiniões que acabam por complementar a noção do conceito de qualidade de vida.

Percebe-se que a maioria dos enfermeiros é de opinião que o conceito de qualidade de vida passa primeiramente pela satisfação das necessidades básicas, em contra partida outros salientam que é uma questão que depende muito da sociedade e que o suporte da família é imprescindível.

Girassol *“bem-estar emocional e psicológico tendo em conta bons relacionamentos familiares, económico e social.”*

Margarida *“é muito subjectivo, depende de pessoa para pessoa e família para família.”*

Cravo *“para ter qualidade de vida é preciso ter uma alimentação equilibrada, conseguir realizar algo que satisfaz a própria pessoa e ter todas as necessidades básicas satisfeitas.”*

Constatamos que os enfermeiros têm uma visão subjectiva sobre o conceito da qualidade de vida, uma vez que este conceito varia muito de indivíduo para indivíduo. Entretanto, é de realçar que nas suas noções ressaltam a alguns fatores essenciais que influenciam o completo bem-estar, tais como: emocional, psicológicas, familiar, social, económica e laboral.

Estudos realizados relativamente à qualidade de vida é um conceito complexo, ambíguo, difere de época para época, de cultura para cultura, de indivíduo para indivíduo, e até no mesmo indivíduo pode variar com o tempo, o que hoje é uma boa qualidade de vida pode não ter sido ontem ou não ser daqui a algum tempo.

No que diz respeito à qualidade de vida dos utentes esquizofrénicos os entrevistados afirmam que estes não têm uma boa qualidade de vida, visto que o estigma e o preconceito ainda são muito presentes na nossa sociedade tanto a nível pessoal como familiar. Como nota-se nas seguintes transcrições:

Orquídea *“a qualidade de vida dos esquizofrénicos é limitada, porque são pessoas que têm dificuldade na inclusão social, na interação com os outros e principalmente em conseguir um emprego”*

Cravo *“penso que têm uma boa qualidade de vida, para além de todo o apoio oferecido, muitas vezes o estigma intervém nas suas vidas pessoal e familiar.”*

Margarida *“depende de cada doente e do seu seio familiar, dos recursos e conforto familiar.”*

Segundo a percepção dos enfermeiros muitas vezes a qualidade de vida do utente depende do suporte familiar que este tem. De acordo com estudos realizados acerca desta temática, quando se é diagnosticado uma doença mental, sabemos que a evolução do tratamento depende muito da aceitação e apoio familiar e da inclusão social dos mesmo, pois somente com o sentimento de pertencimento e autonomia que o ser humano poderá resgatar sua auto-estima, auto-imagem e estabelecer-se enquanto sujeito de sua própria história.

2ª Categoria: Assistência de enfermagem aos utentes esquizofrénicos

Constata-se que todos os enfermeiros entrevistados reconhecem a importância das intervenções de enfermagem tanto a nível da promoção/prevenção, do tratamento e da reinserção social na promoção da qualidade de vida do utente esquizofrénico. Realçam ainda que, o fato de trabalharem na enfermaria, uma enfermaria de crise por e por não existir uma capacitação técnica na área para dar resposta as reais necessidades dos utentes há pouco que se pode fazer. No entanto relatam ainda que as suas intervenções são sobretudo no âmbito da promoção da adesão a terapêutica e incentivar a socialização do utente que é uma estratégia fundamental para promover um adequado ajusta social pós alta.

Girassol: *“por ser uma enfermaria de crise não a muito para fazer, ajudamos na adesão a medicação, incentivar a socializar com os outros paciente, ter uma linguagem simples para poderem entender o que devem ser feito, incentivar as famílias para ajudar no tratamento quando forem para casa principalmente para não terem recaída ”*

Orquídea: *“Não existe muitas intervenções, no internamento em casos de crise e apoio psicológico”*

Nos relatos dos enfermeiros foi percebido a preocupação que estes têm em relação aos utentes, devido a desorganização e a perda do contacto com a realidade. Ainda é notável a preocupação dos enfermeiros quanto aos episódios em que os utentes se encontram na fase de crise, referindo que muitas das vezes temem pela sua segurança.

Rosa *“trabalhar com utentes esquizofrénicos porque tem a fase de crise em que têm dificuldade em distinguir o real do imaginário e o conflito prejudica a própria pessoa.”*

Orquídea *“trabalhar com utentes esquizofrénicos é uma tarefa complicada dada a própria desorganização da pessoa, leva com que a pessoa perde a noção da realidade.”*

Na prática pode-se observar que os enfermeiros na área e saúde mental sempre deparam com dificuldades em implementar os cuidados de enfermagem visto que não se encontram inteiramente capacitados para lidar com os portadores da esquizofrenia, devido as características dessa doença mental.

Não obstante essas constatações é de referir que os enfermeiros referem ainda algumas limitações em assistir os utentes esquizofrénicos que estão relacionados sobretudo com a própria estrutura física da enfermaria, onde o espaço físico é considerado insuficiente e pouco motivador, a insuficiência de enfermeiros, a escassez de medicamentos, uma vez que o tratamento da doença passa primeiramente pela medicação.

Rosa *“por ser uma enfermaria de crise a estrutura física não facilita, a carência de uma equipa bem estruturada, falta de formação dos profissionais e mesmo a falta de atenção por parte das entidades competentes.”*

Girassol *“a própria estrutura física da enfermaria, a nível físico, escassez de medicamentos”*

Apesar das limitações que persistem os enfermeiros afirmam que sentem-se capazes em lidar com esta doença de forma mais profissional e humana possível, vendo o utente como um ser holístico. Enfatizam a importância de estabelecer uma relação de ajuda com os utentes estimulando assim, a adesão ao tratamento e aceitação da doença, bem como oferecer um suporte emocional à família.

Enquanto investigador participativo no decorrer das observações, pode-se constatar que relativamente ao suporte emocional à família do utente esquizofrénico é necessário investir mais na humanização da assistência às famílias, sensibilizando-as e fazendo-as perceber a sua real importância enquanto cuidadores informais.

Quanto a estrutura física da enfermaria, esta não conta com uma área de lazer e actividades psicoterapêuticas, falta espaço para movimentação, exercícios, passeios necessárias á reabilitação do doente mental, visto que os pacientes psiquiátricos não ficam acamados a maior parte do seu tempo tal como noutras enfermeiras. É necessário um planeamento no intuito de prover um ambiente agradável e adequado para o desenvolvimento de tais actividades, tão importantes na recuperação do paciente psiquiátrico.

3ªCtegoria: Inclusão dos utentes esquizofrénicos na sociedade

A maioria dos enfermeiros entrevistados é de opinião que a sociedade tem vindo a trabalhar para melhorar a inclusão dos utentes portadores de esquizofrenia, pois hoje, comparados com anos atras, nota-se uma melhor aceitação dos esquizofrénicos na sociedade embora ainda haja muito por fazer uma vez que, o estigma ainda é muito notável.

Girasso l“*Não, pelo fato da pessoa ser portador da esquizofrenia as pessoas pensam logo que este é agressivo, levando a sociedade ao abandono, mas hoje a sociedade aceita melhor as pessoas do que antigamente*”.

Rosa “*Sim, mais há muito para ser feito porque ainda existe muita discriminação, tabus que vem por parte das sociedades, e que a sociedade devem abraçar qualquer problema a nível mental, capacitando a população para melhor compreenderem as situações.*”

Nesta óptica consta-se que o estigma e o preconceito interferem no tratamento, visto que quando estes permanece torna-se difícil a reintegração dos utentes na sociedade, e que os utentes não se sentem uteis e capazes de procurar ajuda e também dificulta na adesão no tratamento

Relativamente a opinião dos enfermeiros sobre a inclusão dos esquizofrénicos na sociedade, estes corroboram a mesma ideia, afirmando que é algo que carece de intervenção urgente e que é necessário apostar fortemente na inclusão social dos utentes portadores de esquizofrenia, tarefa que tem sido dificultada pelo estigma e preconceito sentida na nossa sociedade. Demonstram ainda que para a edificação deste processo é necessário que os utentes estejam compensados e apostar continuamente na consciencialização da sociedade.

Cravo *“considero difícil a inclusão, embora possível, visto que devem pertencer a sociedade de igual modo como todas as pessoas que fazem parte dela.”*

Orquídea *“não há inclusão dos esquizofrênicos e nem terá, porque há muito estigma na sociedade relacionada com a doença mental nomeadamente a esquizofrenia.”*

A inclusão social significa na prática que a sociedade precisa acolher e incluir as pessoas com transtornos mentais. Esta não é uma tarefa apenas para os familiares e serviços de saúde mental, a comunidade como um todo precisa ter uma atitude de inclusão ativa.

Análise das entrevistas dos profissionais do CADM

Nesta etapa da investigação dar-se-ão continuidade a análise das informações colhidas, sendo assim serão analisadas os discursos dos profissionais que trabalham no Centro de Acolhimento de Doente Mental. Estas informações serão organizadas em (2) duas categorias cuja exibição de cada uma será demonstrada por um pequeno texto narrativo e fragmentos das entrevistas.

1ª Categoria

Nesta categoria pretende-se explorar o conhecimento dos profissionais que trabalham no Centro de Acolhimento do Doente Mental sobre os conceitos de doença mental e qualidade de vida. Com a análise entendeu-se ser pertinente dividir esta categoria em duas subcategorias.

Subcategoria I – Doença mental

No que tange à doença mental os 5 (cinco) profissionais que trabalham no Centro de Acolhimento do Doente Mental referem que doença mental é um transtorno psicológico que afeta o indivíduo levando a perda da noção da realidade.

Amális *“distúrbio psicológico, cognitivo causado no indivíduo que pode acontecer em qualquer pessoa onde não permite responder pelos seus atos.”*

Alpínia *“todo tipo de transtorno que afeta o indivíduo no seu lado psicológico.”*

Jasmim *“quando a pessoa perde a capacidade da realidade.”*

É de salientar, que todos os profissionais do Centro são leigos nesta área, visto que não possuem uma formação específica para dar resposta as reais necessidades dos utentes. Não obstante essas constatações é de ressaltar que todos os profissionais que trabalham no Centro têm uma opinião formada acerca da doença mental e que nos seus relatos não são notáveis sinais de estigmatização da doença.

Subcategoria II – Qualidade de vida

Nesta subcategoria nota-se que todos os profissionais do Centro corroboram a mesma opinião em relação ao conceito de qualidade de vida. Nos seus relatos percebe-se que a qualidade de vida é vista como um conjunto de condições que permite um individuo sentir-se satisfeito consigo mesmo e com os outros.

Violeta *“condições que permitem viver bem.”*

Amalis *“tentar levar a vida de forma saudável, ter uma família presente.”*

Anémoma *“bem-estar com o apoio da família.”*

Constatamos que todos os entrevistados atribuem à família um papel fundamental na aquisição desse bem-estar tão desejado. Dessa forma a família é vista como sendo a base do individuo, visto que, quando se pensa em qualidade de vida é importante entender que o tratamento de um doente mental, está intimamente relacionado com o envolvimento da família.

2ª Categoria – Importância da assistência de um profissional de saúde aos utentes esquizofrénicos

Nesta categoria objetivou-se debruçar sobre a opinião dos profissionais do Centro de Acolhimento dos Doente Mentais sobre a importância da assistência de um profissional de saúde aos utentes esquizofrénicos, sendo que, estes têm vindo a contribuir na reintegração social de muitos esquizofrénicos que vivem no referido Centro.

A maioria dos entrevistados considera ser pertinente a presença de um profissional de saúde no centro e afirmam ainda que seria bom que fosse um enfermeiro. Reconhecem

que mesmo tendo uma boa relação com os utentes, por vezes há situações que os transcendem. Sendo assim, estes mostram que é indispensável a assistência de um profissional de saúde à esses utentes, visto que torna-se necessário em questões de medicação, em momentos de crise e para trabalhar com as famílias.

Amális “*sim, muito importante porque ajudava a trabalhar com os utentes, com as famílias, ajudava nas fragilidades, na medicação, nas reações adversas, bem como na fase de crise.*”

Anémona “*muito importante porque tem muitos casos que não estão capacitados para atender, principalmente quando os utentes encontram-se na fase de crise.*”

Jasmim “*É muito importante a presença de um profissional no centro, visto que não seria necessário o deslocamento para o hospital quando os doentes encontram na fase de crise e seria útil também em termos da medição, principalmente quando se trata de medicação intramuscular.*”

Em contra partida, um dos profissionais é de opinião, que não é necessário a existência de um profissional de saúde no centro, alegando que conseguem dar resposta a medicação e que em casos de agressividade pedem auxílio aos bombeiros.

Violeta “*Não é necessário ter um profissional de saúde no centro visto que conseguimos dar resposta na medicação, e quando acontece situações de agressividade pedimos apoio aos bombeiros, mas sim seria importante trabalhar com dois monitores nos turnos, principalmente de noite*”

Segundo a literatura, actualmente a enfermagem é destacada como sendo uma actividade profissional na área da saúde de ajuda e de cuidados aos utentes. A assistência de enfermagem no dia-a-dia vai se manifestar em importantes ações de cuidados como garantir conforto, bem-estar, tratamento e acolhimento dos utentes. (responsabilidan administração de therapeutic)

Como limitações sentidas no atendimento dos utentes do centro, os profissionais apontam basicamente a falta de medicação, a estrutura física do centro e défice de recursos humanos.

Anémona *“pouca limitação, embora nos recursos financeiros, materiais, e humanas de modo a facilitar o trabalho.”*

Jasmim *“Não há limitação, com uma boa relação e compreensão embora existe falta de segurança principalmente nas paredes.”*

Violeta *“falta de medicação, falta de material, o espaço físico é superlotado.”*

3.1.3. Conclusão dos resultados

Tendo atingido esta etapa do trabalho, é ainda necessário proceder às conclusões e algumas reflexões acerca dos resultados do estudo, analisando a resposta encontrada para a pergunta de partida.

Respondendo à pergunta de partida “Qual a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância do enfermeiro na promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia?” De acordo com as informações recolhidas junto dos enfermeiros e dos profissionais da CADM pode-se concluir que os entrevistados têm uma noção sólida sobre a importância do enfermeiro na promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

O enfermeiro revela-se, assim, um elemento fundamental para intervir no sentido de promover a qualidade de vida, pois o mesmo possui técnicas e conhecimentos que poderão contribuir significativamente para a tomada de medidas de atenção à saúde tendentes a ajudar na reabilitação dos portadores de esquizofrenia.

Não obstante essas constatações, é percebida no relato dos entrevistados que as intervenções de enfermagem desenvolvidas passam basicamente pela promoção da adesão a terapêutica e incentivo da socialização do utente que é uma estratégia fundamental para promover um adequado ajusto social.

No decorrer desta investigação constatou-se que os fatores apontados que dificultam a promoção da qualidade de vida nos portadores de esquizofrenia são os fatores: emocionais, psicológicas, familiares, sociais, económicas e laborais, seguindo a lógica de que uma boa qualidade de vida, existe quando as expectativas e esperanças de um indivíduo estão satisfeitas.

Constatou-se que, ambos os profissionais têm uma opinião unânime acerca das limitações no que tange a sua reabilitação em que prevalece a falta de capacitação dos profissionais, a estrutura física considerada insuficiente e inapropriada, a insuficiência de profissionais que trabalha na área e a escassez de medicamentos.

Outro achado importante é relativamente a inclusão social dos utentes esquizofrénicos na sociedade, pois os resultados do estudo demonstraram que esta área necessita de intervenção urgente para melhorar na sua reabilitação e consequentemente uma

boa reintegração. Há que salientar que o estigma é o fenómeno indicado como o entrave dessa tão desejada inclusão social, que de acordo com literatura ainda é muito perpetrada na nossa sociedade.

É de salientar que durante as entrevistas com ambos os profissionais esteve presente a noção da importância da família no processo de reabilitação e reintegração social do utente esquizofrénico. Neste âmbito, entende-se que os enfermeiros e os profissionais do centro precisam então, conhecer e compreender todo o contexto clínico do utente, oferecer apoio e orientações necessárias. Para isso, é necessário trabalhar conjuntamente com o utente esquizofrénico e seus familiares na compreensão da doença, para que, aconteça realmente a melhoria na qualidade de vida de todos.

Assim, chegamos ao fim da discussão dos resultados obtidos, que consideramos ser satisfatória pois, conseguimos verificar que as respostas obtidas corroboram com as constatações de alguns autores relativamente a essa temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho pretendeu-se identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância do enfermeiro na promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

Concluimos que os resultados deste estudo apontam a devida importância do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do portador de esquizofrenia, embora constatou-se uma falta de motivação por parte dos profissionais, uma vez que nos seus discursos referem um certo esquecimento / abandono por parte das entidades competentes.

Nota-se ainda, que essa dificuldade em implementar os cuidados de enfermagem é também influenciada pelo fato dos enfermeiros não serem inteiramente capacitados para lidar com os portadores da esquizofrenia, devido as características dessa doença mental.

Impõe-se, por isso, uma maior consciencialização e encorajamento dos enfermeiros para programarem ações e estratégias específicas dirigidas aos utentes esquizofrénicos e outros doentes mentais, sobretudo no que se refere à promoção da qualidade de vida.

De acordo com estudos realizados os enfermeiros que trabalham no serviço de psiquiatria, exercem um papel de agente terapêutico que tem como base o relacionamento e os cuidados voltados à compreensão do significado do comportamento e as atitudes do utente. Sendo assim, a assistência de enfermagem nesta vertente dos cuidados pode melhorar a qualidade de vida do utente com transtornos mentais, bem como promover a saúde no seu quotidiano, por meio de acolhimento e realizar intervenções terapêuticas.

É interessante ressaltar no nosso estudo que o estigma e preconceito ainda estão muito presentes na nossa sociedade o que dificulta muito o processo de inclusão social e reabilitação dos utentes esquizofrénicos.

Foi de grande importância e satisfação a realização desta pesquisa, pois teve-se a oportunidade de saber mais sobre os utentes esquizofrénicos, reflectir sobre as intervenções de enfermagem referente à estes utentes, bem como sobre os incentivos em relação à promoção da qualidade de vida dos mesmos, no intuito de procurar sempre e cada vez mais ajudar na manutenção de uma boa qualidade de vida.

Propostas/sugestões

Tendo em conta as fragilidades encontradas durante o estudo no que concerne à promoção da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia aponta-se as seguintes propostas/sugestões:

Propostas para Enfermaria da psiquiatria

- Fomentar o trabalho em equipa multidisciplinar para que os utentes internados e as famílias tenham melhor atendimento e acompanhamento;
- Desenvolver ações de capacitação dos enfermeiros na área de saúde mental para melhor atender os utentes e as famílias;
- Promover terapia ocupacional dentro da enfermaria;
- Melhorar a aderência no tratamento para melhor aceitação da doença;
- Melhorar o espaço adequado para guardar os medicamentos
- Reestruturar a enfermaria, promovendo assim bem-estar e conforto aos utentes e aos profissionais;
- Incentivar o envolvimento dos familiares para o processo de reabilitação e reintegração dos utentes.

Proposta para o CADM

- Desenvolver ações de capacitação para os profissionais na área de saúde mental para melhorar o acompanhamento dos utentes;
- Promover terapia ocupacional no CADM principalmente para os utentes portadores de doença neurológica;
- Melhorar o espaço para armazenar os medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Afonso, P (2002). *Esquizofrenia - Conhecer a Doença*. 2ª Edição Lisboa: Climepsi Editores.

Afonso, p. (2010). *Para além dos mitos, descobrir a doença esquizofrenia*:Cascais, princípio editora.

Almeida, L. (2005). *Da prevenção primordial à prevenção quaternária*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. VOL. 23, N.º1 - Janeiro/Junho 2005. Acesso em 21 Junho 2016 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>

Alves, F. (2001). *Acção Social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade Aberta. ISBN: 972-674-357-5.

American Psychiatric association, (1996). *DSM-IV, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª edição, Lisboa, Climepsi Editores.

Associação de promoção da saúde mental - A ponte (2014). *Aprender sobre a Esquizofrenia*. Tipografia Santos.

Barbosa, T. R.S. (2010). *O Estigma na Doença Mental perspectivado por estudantes*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acesso em 14 Maio 2016, em <https://www.estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18217/1/Disserta%c3%a7ao%20mestrado.pdf>

Campos, P.H.F; Soares, C.B. (2005) Representação da sobrecarga familiar e adesão aos Serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, 18 Maio em http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161412.pdf

Castro S., Furegato A. (2008) *Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrénico*. Revista Electronica Enfermagem [Internet].;10(4):957-65. Acesso em 16 Junho 2016 em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a08.htm

Colvero,L,A,Ide,C,A,C,Rolim,A,M. *A família e doença mental:Adifícil convivencia com a diferença* Rev Esc Enferm USP 2004; 38(2):197-205.acesso em 27 Maio 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>

Couvreur, C. (1999). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociencia

Dochterman JM, Bulechek GM.; (2008) *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4a. Ed. Porto Alegre.

DSM-IV.TR. (2002). *Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª edição-Texto Revista. Climepsi Editores-Sociedade Medico Psicológica, LDA. Lisboa, Portugal.

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde Mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da Concepção a realização*. Edições Técnicas e Científicas, Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Editora Lusodidactica. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Giacon, B. e Galera, S. (2006). *Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem*. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. vol.40, n.2, pp.286-291. Acesso em 1 Junho em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000200019&script=sci_abstract&tlng=pt

Gil, I.M.A. (2010). *Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes Mentais: Impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria..* Ministério da Saúde de Cabo Verde (2006). *Para uma Reforma do Sector. Política Nacional de Saúde 2020*. Acesso em 26 Maio 2016, em http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/health_technology_national_policy_cape_verde.pdf.

Guedes, A.S. M. (2008). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acesso em 08 Maio 2016, em <http://www.repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/23753/2/Avaliao%20do%20impacto%20da%20perturbacao%20mental%20na%20familia%20e%20implementacao%20de%20um%20programa%20psicoeducacional.pdf>.

Helder, S.M.M., (2010) *qualidade de vida dos portadores dos doentes com esquizofrenia na região de Cova da Beira*: Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina. Acesso em 29 Abril 2016 em [file:///C:/Users/Jandir/Downloads/sylviahelder_pdf%20\(18\).pdf](file:///C:/Users/Jandir/Downloads/sylviahelder_pdf%20(18).pdf)

Marco.M.D.A, (2006). *Do modelo Biomédico ou modelo Bipsicosocial: um projeto de educação permanente*, Revista Brasileira de educação Médica. Rio de Janeiro V30 n°1 disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf>

Ministério da Saúde de Cabo Verde (2009). *Tornar a Saúde Mental uma prioridade nacional. Plano Estratégico de Saúde Mental* (2009-2013). Acesso em 6 Maio 2016, em <http://www.minsaude.gov.cv/>.

Nasi.C.Stumm.LK; Hildebrandt.L:M (2004). *Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar*: Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, Acesso em 18 Maio Disponível em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_1/f6_mental.html

Neto.M.RL (2007): *Doença: esquizofrenia*: Psiquiatria Basica, 2ª edição, Artmed. Acesso em 17 Maio 2016, Disponível em http://www.saudemental.net/referencias_bibliograficas.htm

Nóbrega, Maria; Garcia, Telma, (1992). *Uniformização da linguagem dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Sistematização das propostas do II SNDE*. João Pessoa. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 1, n. 1, p. 15-16, 1. sem. 2. Acesso em 23 2016 disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671992000300016

Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Acesso em 15 Maio 2016, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>.

Oliveira RM, Facina P.C.B.R, Júnior A.C.S.(2012), *A realidade do viver com esquizofrenia*: Revista de enfermagem, Brasília mar-abr,65(2):30p-16 Acesso em 18Junho 2012 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a17.pdf>

Palmeira.F.L,Geraldes. Geraldes .M.T.M,Bezerra.C.B.A (2013). *Entendendo a esquizofrenia.como a familia pode ajudar no tratamento* 2edição, Rio de Janeiro: Interciencia
Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, v. 1, n. 1, p. 15-16, 1. sem. 2. Acesso em 23 2016 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671992000300016

Paes.M.R,Borta.L:O,Lobranici.LM,Maftum.M.A(2010). *Cuidado ao portador de transtorno mental*: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.11238Acesso em 19 junho 2016 Disponível em <http://educem.uem.br/ojs/index.php/%20CiencCuidSaude/article/viewFile/11238/6081>

Paccheco.A. (2006). *Esquizofrenia é doença com maior prevalência em Portugal*. Portal de saúde. acesso em 18 Abril (2016), Disponível em <http://www.alert-online.com/pt/news/health-portal/esquizofrenia-e-doenca-com-maior-prevalencia-em-portugal>

Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação-U.do Porto. Alcochete: Textiverso. Acesso em 11 Junho em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/87532.pdf>

Rocha.C,Nolli.P (2002),*Liberdade monitorada, um sonho possível* “Camisa de força, eletrochoque, confinamento... Hoje já existem novas formas de tratamento psicossocial aos portadores de doenças mentais. Acesso em 15 Maio 2016 em <http://www.revelacaoonline.uniube.br/a2002/saude/naps.html>

Scazufca, M. (2000). *Abordagem familiar em esquizofrenia*. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, LIM-23. Rev. Brasileira Psiquiatria vol.22 s.1 São Paulo. Acesso em 025 Maio 2016 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000500017&script=sci_arttext

Souza L. e Coutinho E. (2006). *Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia*. Revista Brasileira de Psiquiatria. Acesso em 13 Junho 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n1/a11v28n1.pdf>

Spadini, L.S. & Souza, M.C.B. M. (2006). *A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares*. Revista Esc Enfermagem USP; 40(1):123-7. Acesso em 07 Maio 2016, em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/228.pdf>.

Silva. L. (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa.

Silva.R.C.R. (2006). *Esquizofrenia: uma revisão*: vol.17 no.4 São Paulo. Acesso em 10 junho 2016 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014

Teixeira M. (2005). *Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrénico*. Revista Brasileira Enfermagem Março/Abril 58(2):171-5. Acesso em 11 Junho 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a08.pdf>

Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6.^a Ed., Loures: Lusociência.

APÊNDICE I

Comissão de ética para 2014/2015
31/03/2016

2 S.E. para 9
feito

30/03/16

Exma. Senhora
Diretora do Hospital de Baptista de Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos
São Vicente, 21 de Março de 2016

*Informar as inter-
relações da docência*
31/03/16

Assunto: Solicitação de autorização para recolha de informação.

Joana Baptista Lima Dias Pinto aluna Nº 2815 do 4º ano do curso de Licenciatura de enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso /monografia vem, por esta via solicitar a autorização para recolha de informação junto aos enfermeiros do serviço de Saúde Mental sobre o tema “Intervenções de enfermagem na promoção da qualidade de vida dos doentes portadores de esquizofrenia.”

O trabalho terá como objetivo geral:

- Mostrar a importância dos cuidados de enfermagem no melhoramento da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

E como objetivo específico:

- Analisar a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.
- Identificar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção de Qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia no centro de acolhimento doente mental.
- Mostrar o contributo da enfermagem na promoção de qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia.
- Identificar os factores que dificultam a promoção da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações será feita mediante a aplicação de uma entrevista,

Contato mail: joanitadias@hotmail.it Contato Movel: 5805646

*Autorizada pela
Comissão de ética.
31/03/16*

APÊNDICE II

Exmo. Senhora

Responsavel do Centro Acolhimento Mental (CADM)

Dra. Risolinda Neves

São vicente, 21 de Março de 2016

Assunto: Solicitação de autorização para recolha de informação.

Joana Baptista Lima Dias Pinto aluna N^o 2815 do 4^o ano do curso de Licenciatura de enfermagem da universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso /monografia vem, por esta via solicitar a autorização para recolha de informação junto aos profissionais do centro de Saúde sobre o tema “Intervenções de enfermagem na qualidade e promoção de vida dos doentes portadores de esquizofrenia.”

O trabalho terá como objectivo geral:

- Mostrar a importância dos cuidados de enfermagem para melhoramento da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

E como objectivo específico:

- Analisar a qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.
- Avaliar as actividades desenvolvidas para a promoção e prevenção de qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia dos utentes do centro de acolhimento mental.
- Mostrar o contributo que a enfermagem pode dar na promoção de qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia.
- Identificar os factores que dificultam a promoção dos cuidados de vida dos portadores de esquizofrenia.

Informa-se ainda que o trabalho será orientado pela metodologia qualitativa, sendo que a recolha de informações será feita mediante a aplicação de uma entrevista, devidamente validada para o trabalho. O trabalho atenderá todos os princípios éticos inerente ao processo de investigação.

Contacto email joanitadias@hotmail.it

*Boavista
Boavista*

APÊNDICE III

Termo de consentimento livre e Esclarecido

Joana Baptista Lima Dias Pinto a frequentar o curso de licenciatura de enfermagem, na Universidade do Mindelo (UM) encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso (TCC) sobre o tema: Intervenções de enfermagem na promoção e qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

O trabalho a desenvolver tem como finalidade: Identificar a importância dos cuidados de enfermagem para o melhoramento da qualidade de vida dos portadores de esquizofrenia.

Para o seu desenvolvimento a sua participação é muito importante e dar-se-á respondendo a alguns questões que lhe serão colocadas.

Informa-se ainda que a participação não lhe trará nenhuma despesa ou risco e que toda a informação recolhida é confidencial. A sua participação é voluntaria e que pode retirar-se a qualquer momento o recusar participar, sem que tal opção lhe traga consequência. Informa-se ainda que as entrevistas serão gravadas.

Apos as explicação supra referidas, declaro que aceito participar neste trabalho, por minha livre e espontâneas vontades, e que autorizo que as entrevistas sejam gravadas. Para que assim conste assino abaixo.

Mindelo, _____ de _____ de 2016

Assinatura do entrevistado

Assinatura da discente

APÊNDICE IV

Guião de Entrevista

Enfermeiros

A) Identificação

Idade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Tempo de serviço _____

Tempo de serviço no sector: _____

Habilitações académicas: _____

B) Questionário:

1. O que entendes por doença mental?
2. O que entendes por esquizofrenia?
3. Como é trabalhar com pessoas portadoras de esquizofrenia?
4. O que entendes por qualidade de vida?
5. Quia os fatores que influenciam a qualidade de vida dos utentes portadores de esquizofrenia?
6. Considera que os utentes portadores de esquizofrenia têm boa qualidade de vida?
7. Como é a sua relação com os utentes esquizofrénicos?
8. És da opinião que a nossa sociedade é uma sociedade inclusiva para os utentes portadores de esquizofrenia?
9. Qual a sua opinião sobre a inclusão do doente esquizofrénico na sociedade?
10. Quais as limitações sentidas no atendimento do utente portador da esquizofrenia?
11. Quais as intervenções desenvolvidas para promover a qualidade de vida do doente esquizofrénico?

12. Acreditas que o enfermeiro tem um importante contributo a dar na promoção da qualidade de vida dos utentes esquizofrénicos? Se sim qual?

Sobre o CADM:

13. Conheces o CADM:
14. Acha pertinente a presença de um enfermeiro no centro? Porque?
15. Corroboras da opinião que a criação do centro contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes esquizofrénicos?
16. Gostarias de acrescentar alguma coisa ao que já foi dito?

APÊNDICE V

Guião de Entrevista

Profissionais do Centro Acolhimento Mental

A) Identificação

Idade: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Tempo de serviço _____

Tempo de serviço no sector: _____

Habilitações académicas: _____

B) Questionário

1. Na tua opinião o que é doença mental?
2. Como é trabalhar com pessoas portadoras de doença mental?
3. O que entendes por qualidade de vida?
4. Consideres que os utentes do centro têm uma boa qualidade de vida? Porque?
5. Quais as atividades desenvolvidas para promover a qualidade de vida do doente esquizofrénico?
6. Como é a sua relação com os utentes?
7. Consideres pertinente a presença de um profissional de saúde no centro?
8. Quais as limitações sentidas no atendimento do doente mental?
9. Os utentes têm autonomia nas escolhas das atividades diárias?